भारत सरकार

राष्ट्रीय जनसंख्या नीति

2000

राष्ट्रीय जनसंख्या नीति

2000

परिवार कल्याण विभाग
स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय
भारत सरकार
निर्माण भवन
नई दिल्ली . 110 011
वेबसाइटः http://mohfw.nic.in

विषय सूची

परिशिष्ट सूची

सारणी सूची

खाना सूची

क. प्रस्तावना

1. आर्थिक और सामाजिक विकास का अति महत्वपूर्ण उद्देश्य लोगों के जीवन की गुणवत्ता में सुधार करना, उनकी खुशहाली में वृद्धि करना और समाज में उन्हें उत्पादक व्यक्ति बनने के लिए अवसर और विकल्प प्रदान करना है।

2. 1952 में राष्ट्रीय कार्यक्रम शुरू करने वाला भारत विश्व में पहला देश था जिसने "जनसंख्या को राष्ट्रीय अर्थव्यवस्था की अपेक्षा के अनुरूप स्तर पर स्थिर रखने"[1] के लिए जन्म दरों में कमी लाने के लिए आवश्यक सीमा तक परिवार नियोजन पर बल दिया। तथापि, 1952 के बाद मृत्यु दरों में तेजी से कमी आई, लेकिन ऐसी कमी जन्म दरों में नहीं आई। राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति, 1983 में कहा गया कि वर्ष 2000 तक कुल प्रजनन दर[2] के प्रतिस्थापन स्तर को प्राप्त किया जाना चाहिए।

3. 11 मई, 2000 को भारत में 1 बिलियन[3] (100 करोड़) लोगों के होने का अनुमान है अर्थात भूमण्डल के कुल क्षेत्रफल के 2.4 प्रतिशत भाग पर विश्व की जनसंख्या का 16 प्रतिशत भाग। यदि वर्तमान रूझान जारी रहे तो भारत 2045 में चीन से आगे निकल सकता है और विश्व में सबसे अधिक जनसंख्या वाला देश बन सकता है। जबकि विश्व की जनसंख्या इस शताब्दी के दौरान तीन गुणा बढ़कर 2 बिलियन से 6 बिलियन हुई है, भारत की जनसंख्या इसी अवधि में लगभग 5 गुणा बढ़कर 238 मिलियन (23 करोड़) से 1 बिलियन हो गई है। भारत की जनसंख्या में 1.55 करोड़ की वर्तमान वार्षिक वृद्धि संसाधन सम्पदा और पर्यावरण को सुरक्षित रखने के प्रयासों को निष्फल करने के लिए काफी अधिक है।

खाना 1: भारत की जनांकिकीय उपलब्धि

राष्ट्रीय परिवार कल्याण कार्यक्रम तैयार करने के आधी षताब्दी के बाद भारत ने निम्नलिखित उपलब्धियाँ हासिल की हैं:

- अषोधित जन्म दर को 40.8 (1951) से कम करके 26.4 किया (नमूना पंजीयन पद्धति, 1998);
- षिषु मृत्यु दर को प्रति 1000 जीवित जन्मों पर 146 (1951) से आधा कम करके प्रति हजार जीवित जन्मों पर 72 किया (नमूना पंजीयन पद्धति, 1998);
- दम्पति सुरक्षा दर को 10.4 प्रतिषत (1971) से चार गुणा बढ़ाकर 44 प्रतिषत (1999) किया;
- अषोधित मृत्यु दर को 25 (1951) से कम करके 9.0 किया (नमूना पंजीयन पद्धति, 1998);
- जीवन प्रत्याषा में 25 वर्ष जोड़कर उसे 37 वर्ष से 62 वर्ष किया;
- परिवार नियोजन की जरूरतों और उसकी विधियों की लगभग व्यापक जागरूता प्राप्त की; और
- कुल प्रजनन दर (कु.प्र.द.) को 6.0 (1951) से घटाकर 3.3 किया (नमूना पंजीयन पद्धति, 1997)।

4. 1991 में भारत की जनसंख्या और उसके 2016 के अनुमान इस प्रकार हैं:

सारणी 1: भारत के जनसंख्या अनुमान (मिलियन)[4]

मार्च, 1991	मार्च, 2001	मार्च, 2011	मार्च, 2016
846.3	1012.4	1178.9	1263.5

[1] जनसंख्या नीति के विकास में मुख्य घटनाएं परिशिष्ट–II (पृष्ठ 30–31) पर सूचीबद्ध हैं।
[2] कुल प्रजनन दर : एक महिला के उसके जीवनकाल में पैदा हुए बच्चों की औसत संख्या।
[3] स्रोत : योजना आयोग का जनसंख्या अनुमान संबंधी तकनीकी दल।
[4] स्रोतः योजना आयोग का जनसंख्या अनुमान संबंधी तकनीकी दल

5. अधिक समान वितरण के साथ सतत विकास को बढ़ावा देने के लिए जनसंख्या का स्थिरीकरण एक अनिवार्य अपेक्षा है। तथापि, यह सभी के लिए प्रजनन स्वास्थ्य परिचर्या को सुलभ और वहनीय बनाने का वैसा ही कार्य है जैसा कि महिलाओं को शक्ति सम्पन्न बनाने और उनके लिए रोजगार के अवसरों में वृद्धि करने तथा परिवहन तथा संचार की व्यवस्था करने के अलावा प्राथमिक और माध्यमिक शिक्षा की व्यवस्था और उसके विस्तार में वृद्धि करने, स्वच्छता, पीने के सुरक्षित पानी और आवास सहित बुनियादी सुविधाएं प्रदान करने के कार्य हैं।

6. राष्ट्रीय जनसंख्या नीति, 2000 प्रजनन स्वास्थ्य परिचर्या सेवाओं का लाभ उठाने में नागरिकों की स्वैच्छिक और समझपूर्ण पसन्द/सहमति के प्रति और परिवार नियोजन सेवाएं प्रदान करने में लक्ष्यमुक्त नीति को जारी रखने के प्रति सरकार की वचनबद्धता की पुष्टि करती है। राष्ट्रीय जनसंख्या नीति, 2000 में भारत के लोगों की प्रजनन और बाल स्वास्थ्य संबंधी जरूरतों को पूरा करने और 2010 तक शुद्ध प्रतिस्थापन स्तर को प्राप्त करने के लिए अगले दशक के दौरान प्रगामी लक्ष्यों तथा कार्यनीतियों की प्राथमिकताएं तय करने के लिए एक नीतिगत ढाँचे की व्यवस्था है। यह साझेदारी में कार्य कर रही सरकार, उद्योग और स्वैच्छिक गैर–सरकारी क्षेत्र द्वारा प्रजनन और शिशु स्वास्थ्य सेवाओं के एक व्यापक पैकेज के विस्तार और कवरेज में वृद्धि करते हुए बाल–जीवन प्रत्याशा, मातृ स्वास्थ्य और गर्भनिरोधन के मुद्दों पर साथ–साथ ध्यान देने की आवश्यकता पर आधारित है।

ख. उद्देश्य

7. राष्ट्रीय जनसंख्या नीति, 2000 का **तात्कालिक उद्देश्य** गर्भनिरोधन, स्वास्थ्य परिचर्या संबंधी आधारभूत ढाँचे तथा स्वास्थ्य कार्मिकों की पूरी न हुई जरूरतों पर ध्यान देना तथा बुनियादी प्रजनन और बाल स्वास्थ्य परिचर्या के लिए एकीकृत सेवा प्रदानगी की व्यवस्था करना है। **मध्यकालिक उद्देश्य** अन्तर्क्षेत्रीय प्रचालनात्मक (आपरेशनल) कार्यनीतियों को तेजी से कार्यान्वित करके 2010 तक कुल प्रजनन दर को प्रतिस्थापन स्तर तक लाना है। **दीर्घकालिक उद्देश्य** सतत आर्थिक वृद्धि, सामाजिक विकास और पर्यावरणिक संरक्षण की अपेक्षाओं के अनुरूप स्तर पर 2045 तक स्थिर जनसंख्या हासिल करना है।

8. इन उद्देश्यों के अनुसरण में प्रत्येक मामले में 2010 तक प्राप्त किए जाने वाले निम्नलिखित राष्ट्रीय सामाजिक–जनांकिकीय लक्ष्य तैयार किए गए हैं:

खाना 2: 2010 के लिए राष्ट्रीय सामाजिक जनांकिकीय लक्ष्य

1. बुनियादी प्रजनन और बाल स्वास्थ्य संबंधी सेवाओं, आपूर्तियों और आधारभूत ढाँचे की पूरी न हुई जरूरतों पर ध्यान देना।
2. स्कूली षिक्षा को 14 वर्ष की आयु तक मुफ्त और अनिवार्य बनाना और प्राथमिक और माध्यमिक स्तरों पर बीच में स्कूल छोड़ देने वाले लड़कों और लड़कियों के प्रतिषत को कम करके 20 प्रतिषत से नीचे लाना।
3. षिषु मृत्यु दर को कम करके उसे प्रत्येक 1000 जीवित जन्मों पर 30 से नीचे लाना।
4. मातृ मृत्यु दर को कम करके प्रत्येक 1,00,000 जीवित जन्मों पर 100 से नीचे लाना।
5. सभी वैक्सीन निवारणीय रोगों की रोकथाम के लिए बच्चों का व्यापक रोग प्रतिरक्षण हासिल करना।
6. लड़कियों के विवाह देर से करने, 18 वर्ष से पहले नहीं, और बेहतर रूप से 20 वर्ष की आयु के बाद करने को बढ़ावा देना।
7. 80 प्रतिषत सांस्थानिक प्रसव और प्रषिक्षित व्यक्तियों द्वारा 100 प्रतिषत प्रसव कराना।

8. सूचना/परामर्ष की व्यापक सुलभता प्राप्त करना और ढेर सारे विकल्पों के साथ प्रजनन विनियमन और गर्भनिरोधन के लिए सेवाएं प्रदान करना।
9. जन्मों, मौतों, विवाहों और गर्भों का 100 प्रतिषत पंजीकरण प्राप्त करवाना।
10. एड्स के फैलने को नियंत्रित करना और जनन–मार्गीय संक्रमणों और यौन संचारित संक्रमणों के उपचार और राष्ट्रीय एड्स नियंत्रण संगठन के बीच और अधिक एकीकरण को बढ़ावा देना।
11. संचारी रोगों का निवारण और नियंत्रण।
12. प्रजनन और बाल स्वास्थ्य सेवाओं की व्यवस्था करने और इन्हें परिवारों तक पहुंचाने में भारतीय चिकित्सा पद्धतियों को षामिल करना।
13. कुल प्रजनन दर के प्रतिस्थापन स्तरों को प्राप्त करने के लिए छोटे परिवार के मानदंड को जोरदार ढंग से प्रोत्साहित करना।
14. संबंधित सामाजिक क्षेत्र के कार्यक्रमों को एक ही स्थान से कार्यान्वित करना ताकि परिवार कल्याण कार्यक्रम लोक संकेन्द्रित कार्यक्रम बन सकें।

यदि राष्ट्रीय जनसंख्या नीति को पूरी तरह से कार्यान्वित किया जाता है तो जनसंख्या अनुमानों संबंधी तकनीकी दल द्वारा सन् 2010 में अनुमानित 1162 मिलियन (116 करोड़) की बजाय हम 1107 मिलियन (110 करोड़) जनसंख्या होने की प्रत्याशा करते हैं:

सारणी 2: जनसंख्या में पूर्वानुमानित वृद्धि (मिलियन)

वर्ष	यदि वर्तमान रूझान जारी रहते हैं		यदि 2010 तक 2.1 की कुल प्रजननता दर प्राप्त की जाती है	
	कुल जनसंख्या	जनसंख्या में वृद्धि	कुल जनसंख्या	जनसंख्या में वृद्धि
1991	846.3	–	846.3	–
1996	934.2	17.6	934.2	17.6
1997	949.9	15.7	949.0	14.8
2000	996.9	15.7	991.0	14.0
2002	1027.6	15.4	1013.0	11.0
2010	1162.3	16.8	1107.0	11.75

जन्म दर में गिरावट नवजात षिषु मृत्यु दर एवं कुल प्रजनन दर का आकलन इस प्रकार है:

सारणी 3: यदि राष्ट्रीय जनसंख्या नीति, 2000 को पूरी तरह से कार्यान्वित किया जाता है तो अशोधित जन्म दर, नवजात शिशु मृत्यु दर और कुल प्रजनन दर के अनुमान

वर्ष	अशोधित जन्म–दर	नवजात शिशु मृत्यु–दर	कुल प्रजननता दर
1997	27.2	71	3.3
1998	26.4	72	3.3
2002	23.0	50	2.6
2010	21.0	42	2.1

सारणी 2 और 3 का स्रोत : स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय

9. निम्नलिखित कारणों से भारत में जनसंख्या वृद्धि का उच्च रहना जारी रहेगाः

- जनसंख्या के बहुत बड़े हिस्से का प्रजनक आयु समूह में होना (अनुमानित योगदान 58 प्रतिशत) पहले ही कुल प्रजनन दर के प्रतिस्थापन स्तरों को प्राप्त कर लेने वाले राज्यों सहित कई राज्यों में परिवार के आकार पर्याप्त रूप से छोटे होने के बावजूद 1991 और 2016 के बीच 417.2 मिलियन के जुड़ने का अनुमान है। जनसंख्या में वृद्धि की यह गति कुछ और वर्षों तक जारी रहेगी क्योंकि विगत में उच्च कुल प्रजनन दरों के परिणामस्वरूप जनसंख्या का काफी बड़ा अंश इस समय अपने प्रजनक वर्षों में है। यह अत्यावश्यक है कि प्रजनन आयु समूह और विलम्ब किए बिना अथवा निरपवाद रूप से "छोटे परिवार के मानदण्ड" को अपनाएं क्योंकि जनसंख्या में लगभग 45 प्रतिशत वृद्धि प्रति परिवार दो बच्चों के ऊपर जन्म के कारण होती है।

- गर्भनिरोधन के लिए पूरी न हुई जरूरत के कारण उच्च प्रजननता (अनुमानित योगदान 20 प्रतिशत)। भारत में 168 मिलियन पात्र दम्पति हैं जिनमें से केवल 44 प्रतिशत ही इस समय प्रभावकारी ढंग से संरक्षित हैं। इस समय गर्भनिरोधकों को और अधिक व्यापक आधार पर उपलब्ध कराने, लोगों की पहुँच में लाने और व्यय की दृष्टि से वहनीय बनाने के लिए आवश्यक उपाय करने की जरूरत है। लगभग 74 प्रतिशत जनसंख्या ग्रामीण क्षेत्रों में लगभग 5.5 लाख गांवों में रहती है, जिनमें से अधिकांश में संचार और परिवहन की व्यवस्था कमजोर है। प्रजनन स्वास्थ्य और बुनियादी स्वास्थ्य संबंधी आधारभूत ढांचे और सेवाएं गांवों में नहीं पहुंचती हैं और तदनुसार काफी बड़ी संख्या में लोग इन सेवाओं का लाभ नहीं उठा सकते हैं।

- उच्च नवजात शिशु मृत्यु दर के कारण उच्च वांछित प्रजननता (अनुमानित योगदान लगभग 20 प्रतिशत)। शिशु जन्मों की पुनरावृत्ति बहुसंख्यक नवजात शिशु (और बाल) मौतों के प्रति एक बीमे के रूप में देखी जाती हैं और तदनुसार उच्च नवजात शिशु मृत्यु दर को कम करने के सभी प्रयासों को बाधित करती है।

- 50 प्रतिशत से अधिक लड़कियां 18 वर्ष से कम आयु, जो विवाह की न्यूनतम कानूनी आयु है, में विवाह करती हैं जिसके परिणामस्वरूप एक "बहुत शीघ्र, बहुत बार–बार, बहुत अधिक" बोधक विशिष्ट प्रजनन पैटर्न बनता है। लगभग 33 प्रतिशत जन्म 24 महीने से कम अन्तरालों में होते हैं, नवजात शिशु मृत्यु दर के उच्च होने का यह भी एक कारण है।

देश की जनांकिकीय रूपरेखा परिशिष्ट–III (पृष्ठ 32–35) में दी गई है।

ग. कार्यनीतिक विषय

10. हम 12 कार्यनीतिक विषयों की पहचान करते हैं जिन्हें 2010 के राष्ट्रीय सामाजिक–जनांकिकीय लक्ष्यों को प्राप्त करने के लिए अलग–अलग (स्टैंड एलोन) अथवा अन्तर्क्षेत्रीय कार्यक्रमों में साथ–साथ जारी रखना आवश्यक होगा।

(1) विकेन्द्रीकृत नियोजन और कार्यक्रम कार्यान्वयन

11. 73वें और 74वें संविधान संशोधन अधिनियम, 1992 में स्वास्थ्य, परिवार कल्याण, शिक्षा को ग्राम पंचायतों की एक जिम्मेदारी बनाया गया। राष्ट्रीय जनसंख्या नीति, 2000 के संदर्भ में पंचायती राज संस्थाएं विकेन्द्रीकृत नियोजन और कार्यक्रम को आगे बढ़ाने का एक महत्वपूर्ण साधन हैं। तथापि, उनकी क्षमता को साकार करने के लिए उन्हें संसाधन जुटाने की शक्तियों सहित प्रशासकीय और वित्तीय शक्तियों का और अधिक प्रत्यायोजन करके सुदृढ़ किए जाने की जरूरत है। इसके अतिरिक्त, चूँकि निर्वाचित पंचायती सीटों की 33 प्रतिशत सीटें महिलाओं के लिए आरक्षित हैं, इसलिए जनसंख्या स्थिरीकरण के

लिए एक लिंग संवेदी, बहुक्षेत्रीय कार्यसूची (एजेंडे) को बढ़ावा देने के लिए पंचायतों की प्रतिनिधि समितियां (पंचायत की एक निर्वाचित महिला सदस्य की अध्यक्षता में) बनाई जानी चाहिए जो "स्थानीय स्तर पर चिंतन करेंगी, योजना बनाएंगी और कार्य करेंगी और राष्ट्रीय स्तर पर समर्थन करेंगी।" ये समितियां प्रजनन स्वास्थ्य संबंधी सेवाओं के लिए पूरी न हुई क्षेत्र विशिष्ट जरूरतों की पहचान कर सकती हैं और ग्रामीण स्तर पर आवश्यक्ता–आधारित मांग के अनुसार सामाजिक–जनांकिकीय योजनाएं तैयार कर सकती हैं जिनका उद्देश्य प्रतिसंवेदी जन–केन्द्रित और एकीकृत बुनियादी प्रजनन तथा बाल स्वास्थ्य परिचर्या की पहचान करना और उनकी व्यवस्था करना हो। जन्मों, मौतों, विवाहों और गर्भावस्थाओं के अनिवार्य पंजीकरण में छोटे परिवार के मानदंड को व्यापक बनाने में, सुरक्षित प्रसवों में वृद्धि करने में, नवजात और मातृ मृत्यु में कमी लाने में और 14 वर्ष की आयु तक अनिवार्य शिक्षा को बढ़ावा देने में अनुकरणीय कार्यनिष्पादन को दर्शाने वाली पंचायतों को राष्ट्रीय स्तर पर मान्यता दी जाएगी और सम्मानित किया जाएगा।

(2) ग्राम स्तरों पर सेवा प्रदानगी को एक जगह पर उपलब्ध कराना

12. जनसंख्या स्थिरीकरण के प्रयास तभी प्रभावी होंगे यदि हम ग्राम और परिवार के स्तरों पर आवश्यक सेवाओं के एक एकीकृत पैकेज को कार्यान्वित करें। जिला स्तरों से नीचे वर्तमान स्वास्थ्य आधारभूत ढांचे में 2,500 सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र, 25,000 प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र, (प्रत्येक केन्द्र 30,000 की जनसंख्या को कवर करता है) और 1.36 लाख उप–केन्द्र (प्रत्येक उप–केन्द्र मैदानी क्षेत्रों में 5,000 और पर्वतीय क्षेत्रों में 3,000 जनसंख्या को कवर करता है)[5] शामिल हैं। मौजूदा स्वास्थ्य संबंधी आधारभूत ढांचे में अपर्याप्तताओं के कारण गर्भनिरोधन सेवाओं की 28 प्रतिशत जरूरत पूरी नहीं होती है और इसी वजह से कवरेज तथा पहुंच में स्पष्ट अन्तर रह जाते हैं। स्वास्थ्य परिचर्या केन्द्रों पर अत्यधिक कार्य बोझ है और वे सीमित कार्मिकों और उपकरणों के साथ सेवाएं प्रदान करने के लिए संघर्ष करते हैं। सहायक पर्यवेक्षण का न होना, अन्तर–वैयक्तिक संप्रेषण में प्रशिक्षण का अभाव और ग्रामीण क्षेत्रों में कार्य करने के लिए अभिप्रेरणा का अभाव, ये सब कारण मिल कर नागरिकों को प्रजनन और बाल स्वास्थ्य सेवाएं सुलभ होने में बाधा पहुंचाते हैं और सेवाओं को घटिया बनाते हैं तथा उपभोक्ताओं की जरूरतों के प्रति संवेदनशीलता का सुस्पष्ट अभाव पैदा करते हैं। पिछले 50 वर्षों ने स्वास्थ्य परिचर्या आधारभूत ढांचे को विशेष रूप से देश के पहाड़ी और वन्य क्षेत्रों, मरु क्षेत्रों और आदिवासी क्षेत्रों जैसे दूरस्थ, अगम्य या कम आबादी वाले क्षेत्रों के लिए इन मानदण्डों की अनुपयुक्तता को दर्शाया है। हमें चलते–फिरते क्लिनिकों और परामर्शी सेवाओं के माध्यम से बुनियादी प्रजनन और बाल स्वास्थ्य परिचर्या को उपलब्ध कराके एक अधिक लचीली नीति को बढ़ावा देने की जरूरत है। इसके अतिरिक्त, इस बात को स्वीकार करते हुए कि सरकार अकेले स्वास्थ्य परिचर्या आधारभूत ढांचे और सेवाओं में अपर्याप्तताओं को दूर नहीं कर सकती है, पूरी न हुई जरूरतों को पूरा करने तथा कवरेज को बढ़ाने के लिए सरकार के साथ साझेदारी में स्वैच्छिक और गैर–सरकारी क्षेत्र को शामिल करना आवश्यक है।

13. चूंकि स्वास्थ्य और शिक्षा कार्यक्रमों के प्रबंधन, वित्त पोषण और कार्यान्वयन को पंचायतों तक विकेन्द्रीकृत कर दिया गया है, इसलिए घरेलू स्तरों तक पहुंचने के लिए ग्रामीण स्तर पर बुनियादी प्रजनक और बाल स्वास्थ्य सेवाओं के लिए एक केन्द्र पर एकीकृत और समन्वित सेवा प्रदानगी की व्यवस्था की जानी चाहिए। प्रसवपूर्व, प्रसवकालीन और प्रसवोत्तर स्वास्थ्य परिचर्या की कवरेज और विस्तार को व्यापक बनाने के लिए प्रशिक्षित जन्म परिचरों की संख्या में एक विशाल वृद्धि, एक गांव के लिए कम से कम दो जन्म परिचर आवश्यक हैं। एक प्रसव कक्ष के रूप में सेवा प्रदान करने हेतु प्रत्येक गांव में उपकरणों से सुसज्जित एक प्रसव कुटीर की स्थापना की जानी चाहिए जिसमें आवश्यक प्रसूति सहायता के लिए मिडवाइफरी किटों, बुनियादी उपचार और मातृ एवं नवजात जन्म परिचर्या के लिए देशी औषधों और आपूर्तियों की व्यवस्था हो। ग्रामीण स्तरों पर जन्मों, मौतों, विवाहों और गर्भावस्थाओं

---

[5] स्रोतः स्वास्थ्य और परिवार कल्याण मंत्रालय सांख्यिकी, 1998

का पंजीकरण, एकीकृत सेवा प्रदानगी की एक मुख्य विशेषता होगी। प्रत्येक गांव को सामुदायिक दाइयों (मिडवाइफों) और प्रशिक्षित जन्म परिचरों, ग्रामीण स्वास्थ्य गाइडों, पंचायत सेवा सहायकों और प्राथमिक पाठशाला के अध्यापकों तथा आंगनवाड़ी कार्यकर्ताओं की एक सूची रखनी चाहिए जिन्हें एकीकृत सेवा प्रदानगी के कार्यान्वयन में विभिन्न उत्तरदायित्व सौंपे जा सकते हैं।

14. पंचायतों को छोटे, स्वस्थ परिवारों के लाभों, लड़कियों को शिक्षित करने के महत्व तथा वैतनिक रोजगार में महिला की भागीदारी का प्रचार करने के लिए सामुदायिक अभिमत तैयार करने वालों की सहायता मांगनी चाहिए। उन्हें सेवाओं और आपूर्तियों की उपलब्धता, पहुंच और उनका खर्च उठाने की क्षमता की मानीटरिंग करने में सिविल समाज को भी शामिल करना चाहिए।

प्रचलनात्मक (आपरेशनल) कार्यनीतियों का वर्णन परिशिष्ट–I (पृष्ठ सं. 16–17) में दी गई कार्ययोजना में किया गया है।

(3) बेहतर स्वास्थ्य और पोषण के लिए महिलाओं को अधिकार सम्पन्न बनाना

15. महिलाओं के स्वास्थ्य और पोषण के जटिल सामाजिक–सांस्कृतिक निर्धारकों का जीवन काल में संचयी प्रभाव पड़ता है। भेदभावपूर्ण बाल परिचर्या से कुपोषण होता है और इससे कन्या शिशु का शारीरिक विकास विकृत होता है। शुरू की किशोरावस्था में अल्प–पोषण और सूक्ष्म–पोषणों की कमी मात्र खाद्य जरूरतों से भी कहीं अधिक उनकी उन पोषण संबंधी क्षमताओं को प्रभावित करती है जो महिला के कल्याण (स्वास्थ्य) और उसके माध्यम से बच्चों के कल्याण (स्वास्थ्य) के लिए महत्वपूर्ण बनती है। निर्धन की श्रम संबंधी उत्पादकता पर अच्छे स्वास्थ्य और पोषण के अनुकूल प्रभावों का अच्छी तरह से लिखित प्रमाण है। जिस हद तक महिलाओं का गरीबों में अधिक प्रतिनिधित्व होता है, उस सीमा तक महिलाओं के स्वास्थ्य और पोषण में सुधार करने के उपाय गरीबी को कम करने के लिए महत्वपूर्ण हैं।

16. विकृत स्वास्थ्य और पोषण की समस्या शीघ्र गर्भ होने और इसके परिणामस्वरूप गर्भावस्था संबंधी जटिलताओं के कारण और बदतर हो जाती है। महिलाओं को समय से पहले मौत और शारीरिक अशक्तता का खतरा उनके प्रजनन के वर्षों के दौरान अधिकतम होता है। कुपोषण, बार–बार गर्भाधान, असुरक्षित गर्भ समापन, जनन–मार्गीय संक्रमण और यौन संचारित संक्रमण ये सब मिलकर भारत में मातृ मृत्यु–दरों को विश्व की उच्चतम मृत्यु–दरों में रखती है।

17. मातृ मृत्यु–दर केवल स्वास्थ्य संबंधी हानि ही नहीं अपितु यह सामाजिक अन्याय का भी एक मामला है। लड़कियों और महिलाओं की निम्न सामाजिक और आर्थिक स्थिति, शिक्षा, बेहतर पोषण तक उनकी पहुंच को और इसके साथ–साथ स्वास्थ्य परिचर्या तथा परिवार नियोजन सेवाओं के लिए धन खर्च करने की उनकी क्षमता को भी सीमित कर देती है। मातृ मृत्यु–दर की सीमा पूरे जीवन–काल में और विशेष रूप से गर्भावस्था और शिशु जन्म के दौरान उपयुक्त स्वास्थ्य परिचर्या और पोषण सेवाओं की सुलभता में असमानता और पक्षपात का एक सूचक है और यह उच्च मातृ मृत्यु–दर के लिए एक निर्णायक कारक है।

18. सुरक्षित मातृत्व, व्यापक रोग प्रतिरक्षण, बाल जीवन–रक्षा और मुखीय पुनर्जलपूरण चिकित्सा कार्यक्रमों को एक एकीकृत प्रजनन और बाल स्वास्थ्य कार्यक्रम में मिला दिया गया है जिसमें यौन–संचारित संक्रमणों और जनन–मार्गीय संक्रमणों के उपचार को बढ़ावा देना भी शामिल है। महिलाओं के स्वास्थ्य और पोषण की समस्याओं को व्यापक तौर पर निम्न आयु समूहों के लिए तैयार किए गए निम्न लागत के उपायों के जरिए हल किया जा सकता है अथवा कम किया जा सकता है।

19. स्वैच्छिक, गैर–सरकारी क्षेत्र और प्राइवेट निगमित क्षेत्र को महिलाओं के लिए बुनियादी प्रजनन और बाल स्वास्थ्य परिचर्या, बुनियादी शिक्षा और महिलाओं के लिए वैतनिक कार्य दल में सहभागिता के उच्च स्तरों को प्राप्त करने के क्षेत्रों में विशिष्ट वचनबद्धताओं के जरिए समुदाय और सरकार के साथ सक्रिय रूप

से सहयोग करना चाहिए।

प्रचालनात्मक (आपरेशनल) कार्यनीतियों का वर्णन परिशिष्ट–I (पृष्ठ 17–20) में दी गई कार्ययोजना में किया गया है।

(4) बाल स्वास्थ्य और जीवन रक्षा

20. नवजात मृत्यु–दर मानव विकास का एक संवेदी सूचक है। नवजातों और 5 वर्ष से कम आयु के बच्चों की उच्च मृत्यु–दर और रूग्णता दर, अपर्याप्त परिचर्या, जन्म के दौरान श्वासावरोध, समय से पूर्व जन्म, जन्म के समय बच्चे का कम भार, गंभीर श्वसनी संक्रमण, अतिसार, वैक्सीन निवारणीय रोग, कुपोषण और विटामिन 'ए' सहित पोषकों की कमियों के कारण होती है। हाल के वर्षों में नवजात मृत्यु–दरों में महत्वपूर्ण कमी नहीं हुई है।

21. हमारी प्राथमिकता नवजात शिशु (नियोनेटल) की परिचर्या को गहन बनाना है। एक राष्ट्रीय तकनीकी समिति गठित की जानी चाहिए जिसमें मुख्य रूप से प्रसूति विज्ञान, बाल रोग (नियोनेटालाजिस्ट), परिवार स्वास्थ्य, आयुर्विज्ञान अनुसंधान के परामर्शदाता और शैक्षिक संस्थाओं के सांख्यिकीविद, जन स्वास्थ्य व्यवसायियों, क्लिनिकल चिकित्सक और सरकार के प्रतिनिधि शामिल होने चाहिए। इसके विचारणीय विषयों में प्रसवकालीन अपेक्षित कार्रवाईयों के मानदण्डों का निर्धारण करना, मानीटरिंग अनुसूचियों के साथ गुणवत्ता सुधार कार्यकलाप तैयार करना और सभी प्रसवकालीन स्वास्थ्य परिचर्या प्रदानकर्ताओं के लिए सतत आयुर्विज्ञान और नर्सिंग शिक्षा देने की व्यवस्था को सुकर करने के लिए सुझाव देना शामिल होना चाहिए। निचले स्तरों पर कार्यान्वयन को पेरिनेटोलॉजी और नियोनेटोलॉजी के क्षेत्रों में वर्तमान विकासों से अवश्य ही लाभ पहुंचाना चाहिए। उप–केंद्र स्तरों तक शिशु हितैषी अस्पताल पहल का सभी अस्पतालों और क्लिनिकों तक विस्तार किया जाना चाहिए। इसके साथ–साथ स्तनपान और सम्पूरक खुराक को बढ़ावा देने के अतिरिक्त शिशु हितैषी अस्पताल पहल में हाइपोथरमिया और संक्रमण के खतरों को कम करने के लिए नवजात शिशु की परिचर्या पद्धतियों को सुधारने हेतु प्रशिक्षित जन्म परिचरों के कौशल को अद्यतन बनाना शामिल होना चाहिए।

22. शिशु जीवन–रक्षा से संबंधित कार्यकलापों अर्थात् व्यापक रोग प्रतिरक्षण, मुखीय पुनर्जलीकरण उपचारों के द्वारा बाल्यावस्था के अतिसारों पर नियंत्रण, श्वसन संबंधी तीव्र संक्रमणों का उपचार और भारी मात्रा में विटामिन 'ए' एवं खाद्य सम्पूरक की खुराकों ने मिलकर नवजात शिशु एवं बाल मृत्यु–दर एवं रूग्णता दर को कम करने में योगदान दिया है। प्रयासों को तेज करने के परिणामस्वरूप पोलियो उन्मूलन पहुंच के अन्दर है। तथापि, नेमी रोग प्रतिरक्षण के मानकों, विस्तार और गुणवत्ता एवं कवरेज में महत्वपूर्ण सुधार किए जाने की आवश्यकता है।

प्रचालनात्मक कार्यनीतियां परिशिष्ट–I (पृष्ठ 21–22) में दी गई कार्ययोजना में वर्णित हैं।

(5) परिवार कल्याण सेवाओं के लिए पूरी न हुई जरूरतों को पूरा करना

23. ग्रामीण तथा शहरी दोनों क्षेत्रों में गर्भनिरोधकों, एकीकृत सेवा प्रदानगी के लिए आपूर्तियां तथा उपकरण, स्वास्थ्य प्रदायकों एवं रोगियों की गतिशीलता और व्यापक सूचना की पूरी न की गई आवश्यकताएं अभी भी वैसी ही बनी हुई हैं। रेफरल परिवहन की सुविधाओं में वृद्धि करने, गांव तथा ब्लाक स्तरों पर एम्बूलेंस सेवाओं के लिए स्थानीय पहल को बढ़ावा देने और सुदृढ़ करने, वहनीय उत्पादों और सेवाओं के लिए अभिनव सामाजिक विपणन योजनाओं को बढ़ावा देने और स्थानीय तौर पर प्रासंगिक व स्वीकार्य बोलियों में पक्ष समर्थन के कार्य को सुधारने के लिए ग्राम, उप–केंद्र तथा प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र के स्तरों पर स्वास्थ्य संबंधी आधारभूत ढांचे के सबसे नीचे के कार्यकारी स्तर को मजबूत करना, बल प्रदान करना तथा उत्तरदायी बनाना महत्वपूर्ण है।

प्रचालनात्मक कार्यनीतियां परिशिष्ट–I (पृष्ठ 22) में दी गई क्रार्ययोजना में वर्णित हैं।

(6) अल्प सेवित जनसंख्या समूह

क. शहरी मलिन बस्तियां

24. लगभग 100 मिलियन लोग शहरी मलिन बस्तियों में रहते हैं, जिनके लिए पेय जल, स्वास्थ्य–रक्षा सुविधाओं और स्वास्थ्य परिचर्या सेवाओं की सुलभता बहुत कम या नगण्य है। इसके परिणामस्वरूप नवजात शिशु तथा बाल मृत्यु–दर उच्च है, जिससे कुल प्रजननता दर और मातृ मृत्यु–दर स्थायी बनी रहती है। प्रजनन एवं बाल स्वास्थ्य परिचर्या सहित बुनियादी एवं प्राथमिक स्वास्थ्य परिचर्या उपलब्ध कराए जाने की आवश्यकता है। जल, सफाई और अपशिष्ट निपटान के लिए नगरपालिका निकायों के साथ समन्वय करके आवश्यक रूप से मामला उठाया जाना चाहिए और उपलब्ध द्वितीयक एवं तृतीयक स्तर की सुविधाओं के बारे में लक्षित सूचना, शिक्षा एवं संप्रेषण अभियानों द्वारा जागरूकता फैलाई जानी चाहिए।

प्रचालनात्मक कार्यनीतियां परिशिष्ट–I (पृष्ठ 22–23) में दी हुई कार्ययोजना में वर्णित हैं।

ख. आदिवासी समुदाय, पहाड़ी क्षेत्र की आबादी और विस्थापित व प्रवासी जनसंख्या

25. सामान्यतया दूर–दराज एवं निम्न घनत्व वाले क्षेत्रों के जन–समुदायों की वहनीय स्वास्थ्य परिचर्या सेवाएं पर्याप्त रूप से सुलभ नहीं होतीं। आदिवासी जनसमुदायों में रूग्णता का स्तर अधिकांशतः उच्च रहा है, जिसका कारण घटिया पोषण रहा है, खासकर उन परिस्थितियों में जिनमें वे अनैच्छिक रूप से विस्थापित या पुनर्वासित हुए हैं। बहुधा उनमें साक्षरता का स्तर निम्न होता है और उसके साथ–साथ उच्च शिशु, बाल एवं मातृ मृत्यु–दर पायी जाती है। वे प्रजनन एवं शिशु स्वास्थ्य सेवाओं की उपलब्धता की दृष्टि से अल्पसेवित रह जाते हैं। इन समुदायों पर बुनियादी स्वास्थ्य और प्रजनन व शिशु स्वास्थ्य सेवाओं की दृष्टि से विशेष ध्यान दिए जाने की आवश्यकता है। इन आदिवासी समुदायों की विशेष आवश्यकताओं, जिन पर ध्यान दिए जाने की आवश्यकता है, में चल–क्लिनिकों की व्यवस्था शामिल हैं, जो मौसम में परिवर्तनों के अनुरूप जरूरत के अनुसार काम और आय उपलब्ध हो सकें। इनमें बांझपन के संबंध में जानकारी तथा परामर्श और मानकीकृत औषधों की नियमित आपूर्ति शामिल की जाएगी।

प्रचालनात्मक कार्यनीतियां परिशिष्ट–I (पृष्ठ 23) में दी गई कार्ययोजना में वर्णित हैं।

ग. किशोर

26. किशोर भारत की जनसंख्या के पांचवे हिस्से का प्रतिनिधित्व करते हैं। अवांछनीय गर्भों और यौन संचारित रोगों से सुरक्षा सहित किशोरों की आवश्यकताओं की ओर अतीत में विशिष्ट रूप से ध्यान नहीं दिया गया है। कार्यक्रमों के जरिए देरी से शादी करने व गर्भ धारण करने को प्रोत्साहित करना चाहिए और असुरक्षित यौन संबंधों से होने वाले खतरों के बारे में किशोरों को शिक्षित करना चाहिए। भारत के ग्रामीण क्षेत्रों, जहां किशोरावस्था में विवाह व गर्भधारण व्यापक रूप से व्याप्त हैं, में किशोर वर्ग के लड़के और लड़कियों के लिए प्रजनन एवं स्वास्थ्य सेवाएं विशेष रूप से महत्वपूर्ण हैं। उनकी विशिष्ट आवश्यकताओं में सूचना, परामर्श, जनसंख्या संबंधी शिक्षा और गर्भानिरोधक सेवाओं को सुलभ व वहनीय बनाना, एकीकृत बाल विकास योजना के जरिए खादय अनुपूरक व पोषण सेवाएं उपलब्ध कराना और बाल विवाह अवरोध अधिनियम, 1976 को लागू करना शामिल है।

प्रचालनात्मक कार्यनीतियां परिशिष्ट–I (पृष्ठ 24) में दी गई कार्ययोजना में वर्णित हैं।

घ. नियोजित मातृ-पितृत्व (पेरेन्टहुड) में पुरूषों की बढ़ी हुई सहभागिता

27. अतीत में जनसंख्या कार्यक्रमों से पुरुष वर्ग को अलग रखने की प्रवृति रही है। पितृ प्रधान समाजों में लिंग असमानताएं इस बात को सुनिश्चित करती हैं कि महिलाओं व बच्चों के लिए स्वास्थ्य, पोषण तथा परिवार कल्याण सेवाओं की सुलभता और उपयोगिता के साथ–साथ परिवार के सदस्यों की शिक्षा व रोजगार, विवाह की उम्र के निर्धारण में पुरूष निर्णायक भूमिका निभाते हैं परिवार नियोजित करने, गर्भनिरोधकों के प्रयोग का समर्थन करने, गर्भवती महिलाओं के स्वस्थ रहने में सहयोग करने, प्रसव के दौरान प्रशिक्षित परिचर्या की व्यवस्था करने, परिचर्या प्राप्त करने में विलम्ब से बचने, बच्चे के जन्म के पश्चात सहायता करने और अन्ततः एक उत्तरदायी पिता बनने में पुरूष की सक्रिय सहभागिता की आवश्यकता होती है। संक्षेप में, कार्यक्रम स्वीकार्यता को सुनिश्चित करने हेतु पुरुषों का सक्रिय सहयोग और सहभागिता महत्वपूर्ण है। इसके अलावा वर्तमान में 97 प्रतिशत से भी अधिक बंध्यकरण स्त्रियों का होता है और इस लिंग असन्तुलन में सुधार किए जाने की आवश्यकता है। पुरूषों की विशेष आवश्यकताओं में पुरूष नसबंदी खासकर बिना चीरफाड़ के नसबंदी को एक सुरक्षित व आसान तरीके के रूप में पुनः प्रचारित करना और छोटे परिवार के मानदण्ड को प्रोत्साहित करने के लिए सूचना तथा शिक्षा अभियानों में पुरूषों पर ध्यान केन्द्रित करना शामिल है।

प्रचालनात्मक कार्यनीतियां परिशिष्ट–I (पृष्ठ 24) में दी गई कार्ययोजना में वर्णित हैं।

(7) विविध स्वास्थ्य परिचर्या प्रदायक

28. प्रजनन और शिशु स्वास्थ्य सेवाओं के लिए पूरी न की गई वृहद आवश्यकता और स्वास्थ्य परिचर्या आधारभूत ढांचे में अपर्याप्ताओं के रहते हुए यह अत्यावश्यक है कि स्वास्थ्य परिचर्या प्रदायकों की संख्या में वृद्धि की जाए और उनकी श्रेणियों का विविधीकरण किया जाए। इसे अमल में लाने के तरीकों में निजी चिकित्सा व्यवसायियों को प्राधिकृत करना और इन सेवाओं को प्रदान करने के लिए उन्हें नियत लाभार्थी समूहों के लिए तैनात करना, लाइसेंसशुदा चिकित्सा व्यवसासियों, जो भारतीय आयुर्विज्ञान संघ से उपयुक्त ढंग से प्रमाणित किए जाने के पश्चात् विशिष्ट क्लिनिक सेवाएं प्रदान कर सकते हैं, की पद्धति को पुनः प्रचलित करना शामिल है।

प्रचालनात्मक कार्यनीतियां परिशिष्ट–I (पृष्ठ 24–25) में दी गई कार्ययोजना में वर्णित हैं।

(8) गैर-सरकारी संगठनों और निजी क्षेत्र के साथ सहयोग और उसकी प्रतिबद्धताएं

29. परिवारों तक पहुंचने का राष्ट्रीय प्रयास केवल सरकार द्वारा जारी नहीं रखा जा सकता। हमें गैर–सरकारी स्वैच्छिक संगठनों, निजी निगमित क्षेत्र, सरकार और समुदाय के बीच साझेदारी स्थापित करने की आवश्यकता होती है। बढ़ती हुई आय और संस्थागत वित्त से प्रेरित निजी स्वास्थ्य परिचर्या की विशेषज्ञता एवं प्रबंध कौशलों के एक प्रभावी पूल के साथ महत्वपूर्ण विकास हुआ है और वर्तमान में स्वास्थ्य परिचर्या के कुल व्यय का लगभग 75 प्रतिशत व्यय निजी स्वास्थ्य परिचर्या पर होता है। तथापि, उनकी सुस्पष्ट क्षमता के बावजूद, जन स्वास्थ्य के लक्ष्यों की प्राप्ति में योगदान देने के लिए निजी (लाभ वाले व लाभरहित) क्षेत्र को कार्य प्रवृत करने से सार्वजनिक एवं निजी स्वास्थ्य प्रदायकों के बीच श्रम के उचित विभाजन के मुद्दे के अतिरिक्त अनुबन्धन प्रत्यायन, विनिमयन, रेफरल संबंधी अभिशासन के मुद्दे उठते हैं। इन मुद्दों में से प्रत्येक मुद्दे पर सावधानीपूर्वक ध्यान दिए जाने की आवश्यकता है। जहां सरकारी उपाय या क्षमता अपर्याप्त है और निजी क्षेत्र की सहभागिता अव्यवहार्य है। वहां गैर–सरकारी संगठनों द्वारा संकेन्द्रित सेवा प्रदायगी प्रभावशाली ढंग से सरकारी प्रयासों की पूरक बन सकती है।

प्रचालनात्मक कार्यनीतियां परिशिष्ट–I (पृष्ठ 25–26) में दी गई कार्ययोजना में वर्णित हैं।

(9) भारतीय चिकित्सा पद्वतियों एवं होम्योपैथी को मुख्य धारा में लाना

30. भारत के समुदाय द्वारा समर्थित, प्राचीन लेकिन जीवित, चिकित्सा की देशी पद्धति की परम्परा ने सदियों से न्यूनतम दुष्प्रभावों (साईड इफेक्ट्स) के साथ महिलाओं तथा बच्चों से संबंधित रोगों सहित अनेक स्थितियों में प्रभावी रोगमुक्ति और उपचार करके लोगों को जीवित रखा है। बुनियादी प्रजनन एवं शिशु स्वास्थ्य परिचर्या में भारतीय चिकित्सा पद्धति एवं होम्योपैथी का उपयोग प्रभावी स्वास्थ्य परिचर्या प्रदायकों के पूल का विस्तार करेगा। स्थानीय साधन आधारित उपचारों एवं रोगमुक्ति के उपयोग को इष्टतम बनाएगा और अल्प लागत की स्वास्थ्य परिचर्या को प्रोत्साहित करेगा। राष्ट्रीय बाजारों में बड़े पैमाने पर प्रवेश करने के लिए भारतीय चिकित्सा पद्धति एवं होम्योपैथी औषधों के मानकीकरण, प्रभावकारिता एवं निरापदता को सुनिश्चित करने और उसे विनियमित करने के लिए मार्गदर्शी सिद्धांत विकसित करने की आवश्यकता है।

31. खास चुनौतियों में संस्थागत अर्हताप्राप्त भारतीय चिकित्सा पद्धति एवं होम्योपैथी चिकित्सा के व्यवसायियों को प्रजनन एवं शिशु स्वास्थ्य परिचर्या के संबंध में उपयुक्त प्रशिक्षण देने, उनमें जागरूकता बढ़ाने और उनके कौशल का विकास करने की व्यवस्था करना शामिल है। ग्राम स्तरों और उपकेंद्रों व प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों में जनशक्ति की कमी को पूरा करने में उनकी सेवाओं का उपयोग करने की व्यवहार्यता का पता लगाया जा सकता है। भारतीय चिकित्सा पद्धति एवं होम्यापैथी संस्थाओं, अस्पतालों और औषधालयों का उपयोग प्रजनन एवं शिशु स्वास्थ्य परिचर्या कार्यक्रमों के लिए किया जा सकता है। गांव के स्तरों पर भारतीय चिकित्सा पद्धति एवं होम्योपैथी के बेयरफुट डाक्टरों को उपयुक्त प्रशिक्षण देने के पश्चात उनकी सेवाएं प्रचार करने व परामर्श देने, आपूर्तियों एवं उपकरणों का वितरण करने और डिपो धारकों के रूप में ली जा सकती हैं। भारतीय चिकित्सा पद्धति एवं होम्योपैथी की सेवाएं प्रसवपूर्व, प्रसवकालीन एवं प्रसवोत्तर परिचर्या के लिए तथा नवजात शिशु के पालन के लिए ग्रामीण प्रसूति कुटीरों और परिवार स्तरों पर ली जा सकती है।

प्रचालनात्मक कार्यनीतियां परिशिष्ट–I (पृष्ठ 27) में दी गई कार्ययोजना में वर्णित हैं।

(10) गर्भनिरोधक प्रौद्योगिकी और प्रजनन एवं बाल स्वास्थ्य के संबंध में अनुसंधान

32. सरकार को मातृ, बाल और प्रजनन स्वास्थ्य परिचर्या से जुड़े मुद्दों के संबंध में चिकित्सा, सामाजिक विज्ञान, जनांकिकीय एवं व्यवहार विज्ञान अनुसंधान को अवश्य ही सतत् रूप से बढ़ाना चाहिए और उसको प्रोत्साहन तथा समर्थन देना चाहिए। इससे देश की आवश्यकता के अनुरूप चिकित्सा तकनीकों में सुधार आएगा और कार्यक्रम तथ परियोजना के डिजाइन तथा कार्यान्वयन सुदृढ़ होंगे। सरकार द्वारा ऐलोपैथी और भारतीय चिकित्सा पद्धति एवं होम्योपैथी के शैक्षिक एवं अनुसंधान संस्थाओं के वर्तमान नेटवर्क और सामाजिक विज्ञान जनांकिकीय एवं व्यवहार विज्ञान अनुसंधान में संलग्न अन्य संबद्ध सरकारी एवं निजी अनुसंधान संस्थाओं के साथ परामर्श एवं नित्य संवाद अवश्य जारी रहना चाहिए। अन्तर्राष्ट्रीय जनसंख्या विज्ञान संस्थान तथा जनसंख्या अनुसंधान केंद्रों, जिनकी स्थापना जनसंख्या संबंधी मामलों में व्यवहारिक अनुसंधान करने के लिए की गई है, को पुनर्जीवित तथा सुदृढ़ किए जाने की आवश्यकता है।

33. व्यवहारिक अनुसंधान कार्यक्रम तथा परियोजना स्तरों पर कार्यनिष्पादन की सतत मानीटरिंग पर निर्भर रहता है। राष्ट्रीय स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण सर्वेक्षण प्रत्येक पांच वर्षों में स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण के मुख्य सूचकों के संबंध में आंकड़े उपलब्ध कराता है। प्रथम राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण–1992–93 से प्राप्त आकडों को षीघ्र प्रकाषित हो रहे राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण–II 1998–99 द्वारा अद्यतन किया गया है। वार्षिक आकडे नमूना पंजीकरण सर्वेक्षण द्वारा तैयार किए जाते हैं जो अन्य आंकड़ों के साथ–साथ राज्य स्तर पर जन्म दर मृत्यु दर एवं षिषु मृत्यु दर को आकलित करता है। नियमित फीडबैक का अभाव परिवार कल्याण कार्यक्रम की एक कमी है। इस कारण परिवार कल्याण विभाग अपनी प्रबंध

सूचना प्रणाली को सुदृढ़ कर रहा है और जिला सर्वेक्षणों एवं सुविधा सर्वेक्षणों के जरिए सन् 1998 से प्रभावों एवं परिणामों का पता लगाने के लिए एक प्रणाली षुरू हो गई है। जिला सर्वेक्षण प्रतिवर्ष आधे जिलों का सर्वेक्षण करते हैं जिससे प्रत्येक दो वर्ष में सम्पूर्ण देष की अद्यतन सूचना प्राप्त होती है। सुविधा सर्वेक्षण प्रतिमाह एक जिले में उपलब्ध आधारित संरचना एवं सेवाओं का पता लगाते हैं जो प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र तक होती है। इन दोनों सर्वेक्षणों से प्राप्त फीडबैक के अनुसार जिला एवं उप–जिला स्तर पर सुधारात्मक कार्यवाही की जाती है।

प्रचालनात्मक कार्यनीतियां परिशिष्ट–I (पृष्ठ 27) में दी गई कार्ययोजना में वर्णित हैं।

(11) वयोवृद्ध लोगों के लिए व्यवस्था करना

34. जीवन प्रत्याशा की आयु में वृद्धि होने के करण 60 वर्ष या उससे अधिक उम्र के लोागों की संख्या तथा अनुपात में वृद्धि हो रही है और 1996–2016 के दौरान इसके लगभग दुगुना अर्थात 62.3 मिलियन से बढ़कर 112.9 मिलियन[6] हो जाने का पूर्वानुमान है। जब इसे पारंपरिक सहयोग पद्धतियों के काफी कमजोर हो जाने के संदर्भ में देखा जाता है तो वृद्ध और भी अधिक असुरक्षित हो जाते हैं जिन्हें सुरक्षा तथा देखभाल की आवश्यकता है। वृद्धावस्था में स्वास्थ्य परिचर्या तथा सहयोग को बढ़ावा देने से भी आगे चल कर बड़े परिवार रखने के लिए प्रोत्साहन में कमी आएगी।

35. सामाजिक न्याय और अधिकारिता मंत्रालय ने जनवरी, 1999 में वृद्ध लोगों पर एक राष्ट्रीय नीति को अपनाया है। जनसंख्या नीति में जरा–चिकित्सा स्वास्थ्य संबंधी चिन्ताओं का समावेश करना महत्वपूर्ण हो गया है। ऐसा करने के तरीकों में जरा–चिकित्सा स्वास्थ्य परिचर्या प्रदान हेतु ग्रामीण तथा शहरी केंद्रों और अस्पतालों को सुग्राही बनाना, प्रशिक्षण देना तथा सज्जित करना, वृद्धों को आर्थिक तौर पर आत्मनिर्भर बनाने वाली औपचारिक तथा अनौपचारिक योजनाओं को तैयार करने तथा कार्यान्वित करने हेतु गैर–सरकारी संगठनों को बढ़ावा देना, प्राथमिक, द्वितीयक एवं तृतीयक स्तरों पर प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों, सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों, शहरी स्वास्थ्य केंद्रों और शहरी स्वास्थ्य परिचर्या केंद्रों में कैंसर, अस्थि सुषिरता (ओष्टियोपोरोसिस) और हृदयवाहिका की स्थितियों के लिए जांच (स्क्रीनिंग) की व्यवस्था करना और उसे नियमित बनाना और बड़े बच्चों को अपने वृद्ध माता–पिता की देखभाल करने के लिए उत्साहित करने हेतु कर संबंधी प्रोत्साहन का पता लगाना शामिल है।

प्रचालनात्मक कार्यनीतियां परिशिष्ट–I (पृष्ठ 27–28) में दी गई कार्ययोजना में वर्णित हैं।

(12) सूचना, शिक्षा तथा संप्रेषण

36. परिवार कल्याण के सूचना, शिक्षा तथा संप्रेषण (सू.षि.सं.) संदेश स्पष्ट होने चाहिए और इन्हें देश के दूरस्थ क्षेत्रों सहित सर्वत्र लक्षित तथा स्थानीय बोलियों में प्रचारित किया जाना चाहिए। इससे यह सुनिश्चित होगा कि ये संदेश प्रभावी ढंग से संप्रेषित हों। इन्हें सुदृढ़ किए जाने की आवश्यकता है और इनकी पहुंच को स्थानीय रूप से संगत तथा स्थानीय तौर पर बोधगम्य माध्यम तथा संदेशों के द्वारा व्यापक बनाने की आवश्यकता है। पूर्ण साक्षरता अभियान, जिसने स्थानीय जनता को सफलतापूर्वक इसमें शामिल किया है, की तर्ज पर कलाकारों, लोकप्रिय फिल्मी सितारों, डाक्टरों, वैद्यों, हकीमों, नर्सों, स्थानीय दाइयों, महिला संगठनों और युवा संगठनों के जरिए जनसंख्या से संबंधित मुद्दों पर एक व्यापक राष्ट्रीय अभियान शुरू किए जाने की आवश्यकता है।

प्रचालनात्मक कार्यनीतियां परिशिष्ट–I (पृष्ठ 28–29) में दी गई कार्ययोजना में वर्णित हैं।

---

[6] स्रोतः जनसंख्या अनुमान संबंधी तकनीकी दल, योजना आयोग

घ. विधान

37. राष्ट्रीय जनसंख्या नीति, 2000 का सफलतापूर्वक तथा प्रभावी ढंग से पालन करने हेतु राज्य सरकारों को प्रोत्साहित करने के लिए एक विधान का बनाया जाना जरूरी समझा गया है। यह सिफारिश की जाती है कि 42वां संविधान संशोधन, जो 1971 की जनगणना पर आधारित लोकसभा तथा राज्य सभा की सीटों की संख्या को सन् 2001 तक अपरिवर्तित रखेगा, को 2026 तक बढ़ा दिया जाये।

ङ. जन समर्थन

38. छोटे परिवार के मानदण्ड के जोरदार समर्थन के प्रदर्शन के साथ–साथ राजनीतिक, सामुदायिक, व्यापारिक, व्यावसायिक और धार्मिक नेताओं, मीडिया और फिल्मी सितारों, खेल जगत की हस्तियों तथा मत निर्माताओं के व्यक्तिगत उदाहरण इसकी स्वीकार्यता पूरे समाज में बढ़ाएंगे। सरकार सक्रिय रूप से उनका ठोस समर्थन हासिल करेगी।

च. नए ढांचे

39. राष्ट्रीय जनसंख्या नीति, 2000 का संबंधित राज्य/संघराज्य क्षेत्र प्रशासनों के तालमेल से पंचायत और नगरपालिका स्तरों पर मुख्य रूप से कार्यान्वयन और प्रबंधन किया जाना है। तदनुसार प्रत्येक राज्य/संघराज्य क्षेत्र में विशिष्ट स्थिति को ध्यान में रखना होगा। इसके लिए जहां एक ओर स्वास्थ्य और परिवार कल्याण के बीच योजना और कार्यान्वयन के व्यापक और बहु क्षेत्रीय तालमेल की जरूरत होगी वहीं दूसरी ओर वहां शिक्षा, पोषण, महिला और बाल विकास, स्वच्छ पेयजल, स्वच्छता, ग्रामीण सड़कों, संचार, यातायात, आवास, वन विकास, पर्यावरण संरक्षण और शहरी विकास से संबंधित योजनाओं के बीच भी ऐसे समन्वयन की आवश्यकता होगी। तदनुसार निम्नलिखित ढांचों की सिफारिश की जाती है:–

I. राष्ट्रीय जनसंख्या आयोग

40. प्रधानमंत्री की अध्यक्षता वाला एक राष्ट्रीय जनसंख्या आयोग, जिसमें सभी राज्यों और संघराज्य क्षेत्रों के मुख्यमंत्री और परिवार कल्याण विभाग के प्रभारी केंद्रीय मंत्री और अन्य संबंधित केंद्रीय मंत्रालय और विभाग, उदाहरण के लिए, महिला और बाल विकास विभाग, शिक्षा विभाग, मानव संसाधन विकास मंत्रालय का समाजिक न्याय और अधिकारिता विभाग, ग्रामीण विकास मंत्रालय, पर्यावरण और वन मंत्रालय और यथावश्यक अन्य मंत्रालय तथा प्रतिष्ठित जनसांख्यिकीय विशेषज्ञ (डेमोग्राफर) जन स्वास्थ्य व्यवसायिक, गैर–सरकारी संगठन इसके सदस्य होंगे। यह आयोग इस नीति के कार्यान्वयन निरीक्षण (ओवरसी) और उसकी समीक्षा करेगा।

II. राज्य/संघराज्य क्षेत्र जनसंख्या आयोग

41. प्रत्येक राज्य/संघराज्य क्षेत्र उसी तरह से राज्य/संघराज्य क्षेत्र में राष्ट्रीय जनसंख्या नीति, 2000 के कार्यान्वयन का निरीक्षण और उसकी समीक्षा करने हेतु राष्ट्रीय आयोग के सदृश्य मुख्य मंत्री की अध्यक्षता वाले राज्य/संघराज्य क्षेत्र जनसंख्या आयोग के गठन पर विचार कर सकता है।

III. योजना आयोग में समन्वय कक्ष

42. योजना आयोग में विशेष रूप से प्रतिकूल जनांकिकीय और मानव विकास सूचकों के कारण विशेष ध्यान दिए जाने की अपेक्षा वाले राज्यों/संघराज्य क्षेत्रों में कार्य–निष्पादन को बढ़ाने के लिए मंत्रालयों के बीच अन्तर्क्षेत्रीय तालमेल हेतु एक समन्वय कक्ष होगा।

IV. परिवार कल्याण विभाग में प्रौद्योगिकी मिशन

43. खास तौर पर औसतन सामाजिक जनांकिकीय सूचकों से इस समय औसत से भी नीचे के सूचकों वाले राज्यों, जिन पर संकेन्द्रित ध्यान दिए जाने की आवश्यकता है, में निष्पादन को बढ़ाने हेतु परिवार कल्याण विभाग में एक प्रौद्योगिकी मिशन स्थापित किया जाएगा जो प्रजनन और बाल स्वास्थ्य के साथ–साथ सूचना, शिक्षा व संप्रेषण अभियानों के लिए परियोजनाएं और कार्यक्रमों की रूपरेखा और उनकी मानीटरिंग करने में प्रौद्योगिकी सहायता उपलब्ध कराएगा।

छ. वित्त पोषण

44. राष्ट्रीय जनसंख्या नीति, 2000 के लक्ष्यों और उद्देश्यों पर आधारित कार्यक्रमों, परियोजनाओं और स्कीमों और जनसंख्या स्थिरीकरण और वस्तुतः जनसंख्या स्थिरीकरण के लिए सभी प्रयासों का राष्ट्रीय विकास से उनके महत्व के मद्देनजर पर्याप्त रूप से वित्त पोषण किया जाएगा। महिलाओं के लिए प्रसवपूर्ण और प्रसवोत्तर परिचर्या, बच्चों के लिए रोग प्रतिरक्षण और गर्भनिरोधन जैसी निवारक और संवर्धक सेवाएं सभी जरूरतमंद व्यक्तियों को राज सहायता (सब्सिडी) दी जाती रहेगी। सामुदायिक और प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों, उपकेंद्रों और ग्राम स्तरों पर स्वास्थ्य परिचर्या ढांचे में सुधार लाने के लिए निधियों के आबंटन में प्राथमिकता दी जाएगी। कार्मिक शक्ति की गम्भीर रिक्तियों को विशेष रूप से अल्प सेवित और पहुंच से बाहर के क्षेत्रों में पुनः तैनाती के जरिए पूरा किया जाएगा और रेफरल संबद्धताओं को सुधारा जाएगा। कार्ययोजना को तत्काल कार्यान्वित करने के लिए परिवार कल्याण विभाग के बजट को दुगुना करने की आवश्यकता होगी ताकि सरकार स्वास्थ्य परिचर्या ढांचे, सेवाओं और आपूर्तियों की पूरी नहीं की जा सकी आवश्यकताओं में रही कमियों पर ध्यान दे सके। (परिशिष्ट IV में, पृष्ठ 36)

45. यद्यपि परिवार कल्याण विभाग को जनसंख्या स्थिरीकरण क्रियाकलापों हेतु आबंटित वार्षिक बजट में पिछले वर्षों के दौरान वृद्धि हुई है लेकिन बजटीय परिव्यय का कम से कम 50 प्रतिशत भाग गैर–योजना क्रियाकलापों (राज्यों और संघराज्य क्षेत्रों में स्वास्थ्य परिचर्या ढांचे के रख–रखाव के लिए आवर्ती खर्च और वेतनों के भुगतान) पर खर्च हो जाता है। उदाहरण के तौर पर, 1999–2000 के 2,920 करोड़ रुपए के वार्षिक बजट में से लगभग 1,500 करोड़ रुपए की राशि गैर–योजना क्रियाकलापों के लिए आबंटित की गई है। केवल 50 प्रतिषत षेष राषि आपूर्तियों और उपस्करों की खरीद सहित विषुद्ध योजना क्रियाकलापों के लिए उपलब्ध होती है। इन्ही कारणों से परिवार कल्याण विभाग वर्ष 1980 से स्वास्थ्य ढांचे की प्रचालनात्मक लागतों के मानदण्डों में संषोधन करने में असमर्थ रहा है जिसने प्रत्यक्ष रूप से परिचर्या की गुणवत्ता और प्रदान की गई सेवाओं के विस्तार को प्रभावित किया है।

ज. छोटे परिवार के मानदंड को अपनाने के लिए संवर्धनात्मक और प्रेरणात्मक उपाय

46. निम्नलिखित संवर्धनात्मक और प्रेरणात्मक उपाय किए जाएंगेः

(i) छोटे परिवार के मानदंड का व्यापक प्रचार करने, शिशु मृत्यु–दर और जन्म दर में कमी लाने और प्राथमिक विद्यालय की शिक्षा पूरी कराकर साक्षरता को बढ़ावा देने में अनुकरणीय कार्य–निष्पादन के लिए पंचायतों और जिला परिषदों को मान्यता दी जायेगी और उन्हें सम्मानित किया जाएगा।

(ii) बालिका की जीवन–रक्षा और परिचर्या को बढ़ावा देने के लिए महिला और बाल विकास विभाग द्वारा चलाई जाने वाली बालिका समृद्धि योजना चलती रहेगी। 1 या 2 जन्म क्रम में बालिका के जन्म पर 500 रुपए का नकद प्रोत्साहन दिया जाता है।

(iii) ग्रामीण विकास विभाग द्वारा चलाई जाने वाली मातृत्व लाभ योजना चलती रहेगी। 19 वर्ष की आयु के बाद मां बनने वाली महिलाओं को सिर्फ पहले या दूसरे बच्चे के जन्म पर 500 रुपए का नकद पुरस्कार दिया जाता है। भविष्य में नकद पुरस्कार के संवितरण को प्रसव–पूर्व जांच, प्रशिक्षित जन्म परिचर द्वारा संस्थागत प्रसव, जन्म के पंजीकरण और बी.सी.जी. टीकाकरण के साथ जोड़ा जाएगा।

(iv) परिवार कल्याण से सम्बद्ध एक स्वास्थ्य बीमा योजना शुरू की जाएगी। गरीबी रेखा के नीचे वाले वे दम्पत्ति, जो बंध्यकरण करा लेते हैं और जिनके दो से अधिक जीवित बच्चे नहीं हैं, 5000 रुपए तक के (बच्चों सहित) स्वास्थ्य बीमा (अस्पताल में भर्ती होने) के लिए और बंध्यकरण कराने वाले पति/पत्नी के लिए एक व्यक्तिगत दुर्घटना बीमा, के पात्र होंगे।

(v) गरीबी रेखा के नीचे वाले वे दम्पति, जो विवाह की कानूनी आयु के बाद विवाह करते हैं, जो विवाह का पंजीकरण कराते हैं, जिनका पहला बच्चा मां की 21 वर्ष की आयु के बाद पैदा होता है, जो छोटे परिवार के मानदंड को स्वीकार करते हैं, जो दूसरे बच्चे के जन्म के बाद परिवार नियोजन का स्थायी (टर्मिनल) तरीका अपनाते हैं, उनको पुरस्कृत किया जाएगा।

(vi) ग्रामीण स्तर के स्व–सहायता दलों, जो सामुदायिक स्तर पर स्वास्थ्य परिचर्या सेवाएं प्रदान करते हैं, द्वारा आय सर्जक कार्यकलापों के लिए एक सचल प्रचालनात्मक (रिवोल्विंग) निधि स्थापित की जाएगी।

(vii) ग्रामीण क्षेत्रों और शहरी मलिन बस्तियों में शिशुदान और बाल परिचर्या केंद्र खोले जाएंगे। यह वैतनिक रोजगार में महिलाओं की भागीदारी को सुकर बनायेगा और उसे बढ़ावा देगा।

(viii) विविध प्रसव केंद्रों में परामर्शी सेवाओं सहित वहनीय विकल्प सुलभ कराये जाएंगे ताकि स्वीकारकर्ताओं द्वारा स्वैच्छिक और सोची–समझी सहमति दी जा सके।

(ix) सुरक्षित गर्भपात की सुविधाओं को सुदृढ़ किया जाएगा और इनका विस्तार किया जाएगा।

(x) नई सामाजिक विपणन योजनाओं के माध्यम से उत्पादों और सेवाओं को वहनीय बनाया जाएगा।

(xi) ग्रामीण स्तरों पर स्थानीय उद्यमियों को उदार ऋण प्रदान किया जाएगा और रेफरल परिवहन की मौजूदा व्यवस्थाओं को अनुपूरित करने के लिए एम्बूलेंस सेवाएं चलाने हेतु उन्हें प्रोत्साहित किया जायेगा।

(xii) लड़कियों के लिए स्व–रोजगार प्रदायक बढ़ी हुई व्यावसायिक प्रशिक्षण योजनाओं को प्रोत्साहित किया जाएगा।

(xiii) बाल विवाह अवरोध अधिनियम, 1976 को कड़ाई से लागू करना।

(xiv) प्रसवपूर्व निदान तकनीक अधिनियम, 1994 को कड़ाई से लागू करना।

(xv) सहायक नर्स–धात्रियों की गतिशीलता को सुनिश्चित करने के लिए उदार ऋणों में वृद्धि की जायेगी।

(xvi) 42वें संविधान संशोधन ने 1971 की जनगणना के स्तरों पर (जनसंख्या आधार पर) लोक सभा

में प्रतिनिधियों की संख्या स्थिर कर दी है। इस समय प्रतिनिधियों की संख्या का यह स्थिरीकरण 2001 तक वैध है और जनसंख्या स्थिरीकरण के कार्य पर निर्भीकता से कार्रवाई करने के लिए इस कदम ने राज्य सरकारों के लिए एक प्रोत्साहन के रूप में कार्य किया है। प्रतिनिधियों की संख्या के इस स्थिरीकरण को 2026 तक बढ़ावे जाने की आवश्यकता है।

झ. निष्कर्ष

47. नई सहस्राब्दि के अवसर पर राष्ट्रों का मूल्यांकन वहां के लोगों की खुशहाली, स्वास्थ्य, पोषण और शिक्षा के स्तरों, नागरिकों द्वारा भोगी जाने वाली नागरिक एवं राजनीतिक स्वतंत्रताओं, बच्चों का गारन्टीशुदा संरक्षण और असुरक्षित एवं सेवा से वंचित लोगों के लिए किए प्रावधानों के आधार पर किया जाता है।

48. भारत की बहुत बड़ी आबादी देश की सबसे बड़ी परिसम्पत्ति हो सकती है, यदि उन्हें स्वस्थ और आर्थिक रूप से उत्पादक जीवन बिताने के लिए साधन उपलब्ध कराए जाएं। जनसंख्या स्थिरीकरण एक बहु–क्षेत्रीय प्रयास है जिसमें सभी संबंधितों (स्टेकहोल्डर्स) के बीच सतत और कारगर संवाद तथा सरकार एवं समाज के सभी स्तरों पर समन्वय की जरूरत है। साक्षरता एवं शिक्षा का प्रसार, वहन की जा सकने वाली प्रजनन एवं बाल स्वास्थ्य सेवाओं की उपलब्धता में वृद्धि करना, ग्राम स्तरो पर सेवा प्रदानगी एक जगह उपलब्ध कराना और परिवार की आय में निरन्तर एवं उचित वृद्धि के साथ–साथ वैतनिक कार्यों में महिलाओं की भागीदारी सामाजिक–जनांकिकीय लक्ष्यों की शीघ्र प्राप्ति के कार्य को आसान बनाएंगे। यदि राष्ट्रीय जनसंख्या नीति, 2000 में दी गई कार्य–योजना का अनुसरण एक राष्ट्रीय आन्दोलन के रूप में किया है, तो सफलता प्राप्त होगी।

कार्ययोजना

प्रचालनात्मक कार्यनीतियां

(I) और (II) ग्राम स्तरों पर सेवा प्रदानगी एक जगह उपलब्ध कराना

1. चलाई जा रही एकीकृत बाल विकास योजना के साथ संयोजित प्रजनन और बाल स्वास्थ्य परिचर्या के लिए बुनियादी सेवाएं संगठित करने और उन्हें प्रदान करने के कार्य में ग्रामीण स्व–सहायता दलों की सेवाएं उपयोग में लाना। ग्रामीण स्व–सहायता दल (क) महिला एवं बाल विकास, मानव संसाधन मंत्रालय और (ख) ग्रामीण विकास मंत्रालय और (ग) पर्यावरण एवं वन मंत्रालय की केन्द्रीय प्रायोजित योजनाओं के माध्यम से कार्यशील हैं। पड़ोसी स्वीकारकर्ता दल (नेबर–हुड एक्सेप्टर ग्रुप) संगठित करना और उन्हें सचल निधि प्रदान करना, जिसका उपयोग आय सर्जन कार्यकलापों के लिए किया जा सकता है। ये दल पात्रता, ब्याज दर और उस दायित्व के नियम निर्धारित कर सकते हैं। इसके लिए अग्रिम पूँजी प्रदान की जा सकती है, ऐसे अग्रिम को प्रायः दो वर्ष के अन्दर किस्तों में लौटाना होता है। लौटाई गई पूँजी का उपयोग नजदीकी समुदाय में अन्य स्वीकारकर्त्ता दल, जो समय से पूँजी की वापसी सुनिश्चित करने के लिए दबाव डालेगा, को धन उपलब्ध कराने में किया जाए। इस दल में दो प्रशिक्षित जन्म परिचर और आंगनवाड़ी कार्यकर्ता सदस्य होने चाहिए।

2. ग्राम स्तरों पर लोगों द्वारा लोगों के लिए प्रदान की गई बुनियादी स्वास्थ्य परिचर्या, परिवार नियोजन और मातृ एवं बाल स्वास्थ्य संबंधी सेवाओं के लिए एक स्थान पर एकीकृत एवं समन्वित सेवा प्रदाय पैकेज को कार्यान्वित करना। पारिवारिक स्तरों पर पहला सम्पर्क बनने के लिए ग्रामीण स्व–सहायकता स्वीकारकर्त्ता दलों को प्रशिक्षित और अभिप्रेरित करना। से स्वीकारकर्त्ता दल पखवाड़े में एक बार मिलेंगे और एक स्थान पर छः विभिन्न सेवाएं प्रदान करेंगे। ये सेवाएं हैं–(1) जन्म, मृत्यु, विवाह और गर्भावस्था का पंजीकरण (2) 5 वर्ष से कम आयु वाले बच्चों का वजन लेना और मानक वृद्वि चार्ट में वजन दर्ज करना (3) गर्भनिरोधक के बारे में परामर्श देना एवं प्रचार करना और गर्भनिरोधकों की निःशुल्क आपूर्ति (4) मानकीकृत घरेलू चिकित्सा एवं होमियोपैथी उपचार के साथ–साथ सामान्य रोगों के लिए बुनियादी दवाईयों की उपलब्धता, बुखार के लिए एन्टीपाइरेटिक, संक्रमणों हेतु एन्टीबॉयोटिक मरहम, बाल्यावस्था में होनो वाले अतिसार के लिए मुखीय पुनर्जलपूरण चिकित्सा/मुखीय पुनर्जलपूरण नमक से निवारक परिचर्या (5) पोषण सम्पूरक और (6) स्कूल में 14 वर्ष तक के बच्चों के निरंतर पंजीकरण के लिए समर्थक एवं प्रोत्साहन। मार्गदर्शन देने के लिए पंचायत द्वारा नियुक्त एक स्वास्थ्य कर्मचारी को समुचित रूप से प्रशिक्षित किया जाएगा। ग्राम स्तरों पर महिलाओं और बच्चों के लिए एक ही स्थान और एक ही समय पर सारी सेवाएं (प्रदान करने से) स्वास्थ्य लाभों के संबंध में सकारात्मक प्रभाव डालेगी और सेवा प्रदानगी की लागत को कम करेगी।

3. जहां कहीं से ग्रामीण स्व–सहायता दल किसी कारण से नहीं बन पाए हैं, वहां सामुदायिक मिडवाइफ, भारतीय चिकित्सा पद्वति एवं होमियोपैथी व्यवसायियों सेवा–निवृत्त स्कूल शिक्षकों और पूर्व रक्षा कार्मियों को ऐसे कार्य करने के लिए पड़ोसी दलों के रूप में संगठित किया जा सकता है।

4. ग्रामीण स्तरों पर आंगनवाड़ी केन्द्र बुनियादी स्वास्थ्य परिचर्या कार्यकलापों, गर्भनिरोधक संबंधी परामर्श एवं आपूर्ति, पोषण शिक्षा और पूरक–आहार और विद्यालय पूर्व कार्यकलापों के लिए धुरी बन सकते हैं। आंगनवाडी केन्द्र मुखीय पुनर्जलपूरण नमक बुनियादी दवाईयों और गर्भनिरोधकों के लिए डिपों का काम भी कर सकता है।

5. प्रत्येक गांव में ग्राम प्रसव के रूप में प्रयुक्त होने के लिए एक प्रसूति कुटीर बनाई जानी चाहिए जिसमें आपूर्तियों और दवाईयों के भण्डारण की भी जगह हो। यह कुटीर मिडवाइफरी, प्रसवपूर्व परिचर्या और प्रसूति संबंधी आपाती सहायता के लिए बुनियादी चिकित्सा, गर्भ–निरोधकों, सामान्य रोगों के लिए औषधों, आपूर्तियों और मातृ एवं नवजात शिशु परिचर्या के लिए घरेलु दवाईयों/आपूर्तियों की किटों से पर्याप्त रूप से सज्जित होनी चाहिए। पंचायत इस ग्रामीण प्रसूति कुटीर की देखरेख करने के लिए एक सक्षम और परिपक्व दाई (मिडवाइफ) नियुक्त करे। स्वयंसेवक उसकी सहायता कर सकते हैं।

6. प्रशिक्षित जन्म परिचर्या है और पारंपरिक दाइयों के विशाल पूल को आपाती एवं रेफरल प्रक्रियाओं की जानकारी दी जानी चाहिए। इससे उपकेन्द्रों में सहायक नर्स मिडवाइफ को ग्राम स्तरों पर मातृ रूग्णता/ आपात स्थितियों को मॉनीटर करने और उनसे निपटने में काफी सहायता मिलेगी।

7. प्रत्येक गांव सामुदायिक मिडवाइफों, ग्राम स्वास्थ्य गाइडों, पंचायत सेवा सहायकों, प्रशिक्षित परिचरों, देशी चिकित्सा पद्वतियों के व्यवसायियों, प्राथमिक स्कूल के शिक्षकों एवं अन्य उपयुक्त व्यक्तियों और साथ ही निकटतम संस्थागत स्वास्थ्य परिचर्या सुविधा केन्द्रों, जहां एकीकृत सेवा प्रदानगी के लिए पहुंचा जा सकता है, की एक सूची बना सकते हैं। ये व्यक्ति प्रजनन एवं बाल स्वास्थ्य सेवाओं की उपलब्धता, गुणवत्ता और सुलभता को मॉनीटर करने, बालिका की शिक्षा और कार्यबल में महिला भागीदारी पर जोर देने के साथ–साथ छाटे और स्वस्थ परिवारों के लाभों के लिए शिक्षा और सम्प्रेषण का प्रसार करने में सिविल समाज को शामिल करने में भी सहायक हो सकते हैं।

8. पारिवारिक स्तरों तक पहुंचने के लिए नवीन सामाजिक विपणन योजनाओं के माध्यम से गर्भनिरोधन के व्यापक विकल्प प्रदान करना।

   टिप्पणीः एकीकृत बाल विकास सेवा कार्यक्रम और राष्ट्रीय परिवार कल्याण कार्यक्रम की सेवाओं की एक जगह उपलब्धता को सुदृढ़ करने से ही अर्थपूर्ण विकेन्द्रीकरण हो सकेगा। मातृ एवं बाल स्वास्थ्य परिचर्या सेवाओं को शामिल करने के उद्देश्य से ग्राम स्तरों पर पोषण संबर्द्वन और विद्यालय–पूर्व कार्यकलापों से संबंधित एकीकृत बाल विकास सेवा कार्यक्रम क्रियाकलापों को व्यापक बनाया जाना चाहिए। सेवा प्रदानगी स्तरों पर विभिन्न संबंधित कार्यकलापों को विशेषकर एकीकृत बाल विकास सेवा कार्यक्रम के साथ एक स्थान पर इकट्ठा करना, सेवाओं में विस्तार करने और उनकी सुलभता में वृद्धि करने के लिए महत्वपूर्ण है। क्षेत्रीय कार्यकर्ताओं के उपयुक्त प्रशिक्षण और उनके सुग्राहीकरण सहित अन्तर्क्षेत्रीय समन्वय से एकीकृत प्रजनन एवं बाल स्वास्थ्य सेवाओं को ग्राम एवं पारिवारिक स्तरों तक पहुंचाने में मदद मिलेगी। यदि लोगों को कुछ लाभ दिखेगा तो वे स्वैच्छा से जन्म, मृत्यु, विवाह और गर्भवती महिलाओं के पंजीकरण के कार्य में सहयोग करेंगे। ग्राम स्तर पर हर पखवाड़े समुदाय की ऐसी बैठक से लोगों को मातृ एवं बाल स्वास्थ्य तथा सामान्य रोगों के लिए बुनियादी स्वास्थ्य परिचर्या प्राप्त करने में सुविधा हो सकती है। परिवार एकीकृत सेवा प्राप्त करने के साथ–साथ चल रही सूक्ष्म–ऋण (माइक्रो क्रेडिट) और किफायती योजनाओं के बारे में सूचना हासिल करने के लिए भाग ले सकते हैं। सरकार और गैर–सरकारी कार्यकर्ताओं से अपेक्षा होगी कि वे एकीकृत सेवा प्रदानगी सुनिश्चित करने के लिए सामंजस्य से काम करें। पंचायत इस समन्वय को बढ़ाएगी और इसका प्रभावी पर्यवेक्षण करेंगी।

(III) बेहतर स्वास्थ्य और पोषण के लिए महिलाओं को अधिकार सम्पन्न बनाना

1. प्रजनन एवं बाल स्वास्थ्य कार्यक्रमों के अंतर्गत उपलब्ध उत्पादों और सेवाओं का लाभ उठाने के लिए महिलाओं और बच्चों हेतु अनुकूल माहौल सृर्जित करना। महिलाओं और बच्चों के लिए एक ही स्थान पर और एक ही समय पर सेवाएं उपलब्ध करना। इससे स्वास्थ्य लाभों के संबंध में एक–दूसरे पर सकारात्मक प्रभाव को बढ़ावा मिलता है और सेवा प्रदानगी की लागत में कमी आती है।

2. महिलाओं को अधिकार सम्पन्न बनाने के उपाय के रूप में ग्रामीण क्षेत्रों और शहरी मलिन बस्तियों में और अधिक बाल परिचर्या केन्द्र खोलना जहां महिला कार्यकर्ता जिम्मेदार व्यक्तियों के पास अपने बच्चे को छोड़ सकें। इससे वैतनिक रोजगार में महिला भागीदारी को बढ़ावा मिलेगा, पढ़ाई के बीच में ही स्कूल छोड़ने वाले छात्रों विशेषकर छात्राओं की संख्या में कमी आएगी और साथ ही स्कूल में दाखिला लेने वाले छात्रों की संख्या में भी वृद्धि होगी। आंगनवाड़ियां आंशिक समाधान प्रदान करती हैं।

3. महिलाओं को अधिकार सम्पन्न बनाने के लिए सामाजिक वनरोपण कार्यक्रमों को कार्यान्वित करना ताकि ईंधन की लकड़ी और चारा आसानी से मिल सके। इसी प्रकार पेयजल की सुलभता बढ़ाने के लिए पेय जल योजनाओं को कार्यान्वित करना। इससे घर में बहुत लम्बे समय तक अनुपस्थित रहने की प्रवृत्ति और ऐसे कार्य करने के लिए कई बच्चों की आवष्यकता में कमी होगी।

4. पारिवारिक स्तरों के लिए चलाई जाने वाली किसी भी पुरस्कार योजना में सोलर कुकर जैसी ऊर्जा बचाने वाली युक्तियों, या सफाई सुविधाओं की व्यवस्था, या टेलीफोन लाइनों के विस्तार को प्राथमिकता दी जा सकती है। इससे परिवार विशेषकर महिलाएं अधिकार सम्पन्न होंगी।

5. गतिविधियों के नियोजन एवं कार्यान्वयन के लिए जिला स्वास्थ्य अधिकारी, उप–जिला स्वास्थ्य अधिकारी और पंचायत के बीच समन्वय और सहयोग जिला, उप–जिला और पंचायत स्तर के स्वास्थ्य प्रबंधन में सुधार करना। इसके लिए निम्नलिखित कार्य करने की आवश्यकता हैः

   ❖ प्रसूति एवं नवजात शिशु से संबंधित जटिलताओं के उपचार प्रबंधन में जिला स्वास्थ्य अधिकारी, जिला अस्पताल और सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों, प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रों और उपकेन्द्रों के बीच रेफरल नेटवर्क को सुदृढ़ करना।
   ❖ व्यापक आपाती प्रसूति और नवजात शिशु परिचर्या प्रदान करने के लिए सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों को सुदृढ़ करना। ये केन्द्र नैदानिक प्रशिक्षण केन्द्र के रूप में भी काम कर सकते हैं। आवश्यक प्रसूति एवं नवजात शिशु परिचर्या प्रदान करने के लिए प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रों को सुदृढ़ करना। रोग प्रतिरक्षण के लिए सुविधाओं के साथ–साथ प्रसव कक्षों, गर्भनिरोधन हेतु परामर्श, निःशुल्क गर्भनिरोधकों, मुखीय पुनर्जलपूरण नमक और बुनियादी दवाईयों की निःशुल्क आपूर्ति सहित व्यापक सेवाएं प्रदान करने हेतु उपकेन्द्रों को सुदृढ़ करना।
   ❖ मातृ एवं प्रसवकालीन आडिट के माध्यम से ग्राम स्तर से ऊपर की ओर समस्या का पता लगाने के लिए एक सुदृढ़ तंत्र की स्थापना करना।

6. ग्राम, उपकेन्द्र, जिला परिषद, प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र और सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्र स्तर पर पर्याप्त परिवहन सुनिश्चित करना। खतरे से जूझ रहीं महिलाओं का पता लगाना तभी अर्थपूर्ण होगा जब उन्हें समय पर आपाती परिचर्या मुहैया करा दी जाए।

7. निम्नलिखित के माध्यम से मातृ एवं बाल स्वास्थ्य सेवाओं की सुलभता और गुणवत्ता में सुधार करनाः

   ❖ ग्राम स्तरों पर सामुदायिक दाइयों (मिडवाईफों) और अतिरिक्त स्वास्थ्य प्रदायकों की तैनाती; ग्राम स्तर के ऊपर उपकेन्द्र स्तर पर एक ही जगह और एक ही समय पर महिलाओं एवं बच्चों को प्रसवपूर्ण और प्रसवोत्तर परिचर्या, शिशु के विकास की मॉनीटरिंग, गर्भनिरोधकों और दवाई किटों की उपलब्धता तथा नैमी टीकाकरण जैसी सभी सेवाएं प्रदान करना।
   ❖ बुनियादी आपाती प्रसूति एवं नवजात शिशु स्वास्थ्य परिचर्या प्रदान करने के लिए प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रों की क्षमता को सुदृढ़ करना।
   ❖ प्रसूति और नवजात शिशु संबंधी मामलों के प्रबंधन में मानक प्रक्रियाओं के प्रषिक्षण मापदण्डों को विकसित करने और उनका प्रचार–प्रसार करने में व्यावसायिक एजेन्सियों को शामिल करना सभी उपयुक्त स्तरों पर इन प्रक्रियाओं को नैमी बनाने का लक्ष्य होना चाहिए।

❖ मार्गदर्शन और पर्यवेक्षण जांच (चेक लिस्ट) तैयार करक पर्यवेक्षण में सुधार लाना।

8. मातृ और बाल स्वास्थ्य संबंधी स्थानीय क्षेत्रीय मॉनीटरिंग प्रणाली, जिसमें अन्य सूचकों के साथ–साथ प्रसवपूर्व दौरों, प्रशिक्षित स्वास्थ्य परिचर्या कार्मिकों की सहायता से कराए गए प्रसव और प्रसवोत्तर दौरों, की मॉनीटरिंग और कवरेज शामिल है, के प्रयोग से प्रत्येक स्तर पर मातृ और बाल स्वास्थ्य सेवाओं के कार्य–निष्पादन को मॉनीटर करना। उपकेन्द्र की सहायक नर्स धात्री की यह जिम्मेदारी होनी चाहिए कि वह अपने अधिकार क्षेत्र में प्रत्येक गर्भवती महिला और शिशु जन्म का पंजीकरण करे और व्यापक प्रसवपूर्व और प्रसवोत्तर सेवाएं प्रदान करे।

9. निम्नलिखित की सहायता से मातृ और बाल स्वास्थ्य परिचर्या प्रदायकों की तकनीकी कार्यकुशलता में सुधार लाना:

❖ प्रसूती और नवजात शिशु से संबंधित आपात स्थितियों के प्रबंधन में क्लास–रूम और कार्यकालीन प्रशिक्षण देकर स्वास्थ्य कर्मियों और स्वास्थ्य प्रदायकों की कार्यकुशलता सुदृढ़ करना। इसमें जिला स्तर के अस्पतालों में जन्म परिचरों और सामुदायिक मिडवाइफों को श्वास अवरोध और अल्पतप्तता के उपचार प्रबंधन जैसी जीवन रक्षक कार्यकुशलताओं में प्रशिक्षण प्रदान करना शामिल होना चाहिए।
❖ शिशुओं (1 सप्ताह–2 महीने के) को होने वाली शैशवकालीन बीमारियों के एकीकृत उपचार प्रबंधन में प्रशिक्षण।

10. सूचना, शिक्षा एवं संप्रेषण सामग्री जिसमें इश्तहार और पोस्टर, स्वस्थ मां, और स्वस्थ बच्चे के संदेशों को प्रचारित करने के लिए लोक जातरास, गीतों और नृत्यों को बढ़ावा देने के साथ–साथ खतरनाक लक्षणों की शीघ्र पहचान और सुरक्षित मातृत्व सुनिश्चित करने हेतु अच्छी प्रबंधन पद्धतियां शामिल हैं, जैसे सामुदायिक कार्यकलापों को समर्थन प्रदान करना।

11. कार्यक्रम विकास जिसमें निम्नलिखित हैं:

❖ पारिवारिक स्वास्थ्य और पोषण में भागीदारी। आंगनवाड़ी कार्यकर्ता गांवों में ऐसी महिलाओं और बच्चों का पता लगाएगा जो कुपोषण और/अथवा सूक्ष्म पोषक तत्वों, आयरन, विटामिन–ए और आयोडीन की अल्पता से ग्रसित हैं, स़म्पूरक पौष्टिक आहार अपलब्ध कराएगा और पौषणीय स्थिति की मॉनीटरिंग करेगा।
❖ प्रशिक्षण और खाद्य सम्पूरकों तथा दवाईयों की समय से आपूर्ति को सुनिश्चित करते हुए परिवार कल्याण विभाग के पौषणिक कार्यक्रमों तथा महिला और बाल विकास विभाग द्वारा चलाए जा रहे एकीकृत बाल विकास सेवा कार्यक्रम को एक ही स्थान पर लाना, सुदृढ़ करना और व्यापक बनाना।
❖ यौन संचारित रोग/जननमार्गीय संक्रमण और एच आई वी/एड्स निवारण जांच और प्रबंधन का मातृ एवं बाल स्वास्थ्य सेवाओं में शामिल करना।
❖ सूचना, जन्मों में अंतर रखने और गर्भ समापन विधियों के लिए गर्भनिरोधन विकल्पों में वृद्धि, विविध सेवा प्रदानगी केन्द्रों में अच्छी गुणवत्ता वाले तथा वहनीय गर्भनिरोधक आपूर्तियों और सेवाओं की सुलभता में वृद्धि, उनकी सुरक्षा के बारे में परामर्श देना, प्रभावकारिता और प्रत्येक विधि के संभव दुष्प्रभावों एवं उपयुक्त अनुवर्ती कार्रवाई सहित अच्छी गुणवत्ता वाली परिचर्या परिवार नियोजन में प्रदान करने की व्यवस्था करना।

12. किशोरों के लिए स्वास्थ्य पैकेज विकास करना।

13. सुरक्षित गर्भपात परिचर्या की उपलब्धता का विस्तार करना। गर्भपात कानूनी है परन्तु कुछ ऐसे अवरोध हैं जो सुरक्षित गर्भपात सेवाओं तक महिलाओं की पहुँच को सीमित करते हैं। कुछ प्रचालनात्मक कार्यनीतियां निम्नलिखित हैं:

- ❖ सुरक्षित गर्भपात सेवाओं की उपलब्धता तथा असुरक्षित गर्भपात के खतरों के बारे में समुदाय स्तर के शिक्षा अभियानों में महिलाओं, पारिवारिक निर्णयकर्ताओं और किशोरों को लक्ष्य बनाया जाना चाहिए।
- ❖ सुरक्षित और सांविधिक गर्भपात सेवाओं को (1) भौगोलिक सीमा को बढ़ाकर, (2) वहनीयता को बढ़ाकर, (3) गोपनीयता सुनिश्चित करके, और (4) गर्भपात के उपरान्त परामर्श देने सहित सहानुभूतिपूर्ण गर्भपात परिचर्या प्रदान कर महिलाओं और पारिवारिक निर्णयकर्ताओं के लिए अधिक आकर्षक बनाना।
- ❖ उन अद्यतन और प्रौद्योगिकियों, जो सुरक्षित और सरल हैं, अर्थात, मैनुअल वैक्यूम एक्सट्रेक्शन जो जरुरी तौर पर एनेस्थेसिया पर आधारित नहीं होती हैं या गैर–शल्यचिकित्सा तकनीकें जो कष्टदायक न हों, को अपनाना।
- ❖ मध्यस्तर के प्रदायकों के प्रशिक्षण सहित सुरक्षित गर्भपात सेवाओं की उपलब्धता और कवरेज में वृद्धि करने के लिए निजी क्षेत्र के स्वास्थ्य व्यवसायियों, गैर–सरकारी संगठनों सरकारी क्षेत्र के साथ सहयोगात्मक व्यवस्था को बढ़ावा देना।
- ❖ गर्भपात क्लिनिकों के पंजीकरण के लिए वर्तमान जटिल प्रक्रियाओं को समाप्त करना। सरकारी निजी और गैर–सरकारी संगठन क्षेत्रों में सुरक्षित गर्भपात के लिए अतिरिक्त प्रशिक्षण केन्द्रों की स्थापना को सरल और आसान बनाना। इन स्वास्थ्य परिचर्या प्रदायकों को सुरक्षित गर्भपातों के लिए नैदानिक सेवाओं की व्यवस्था करने में प्रशिक्षण देना।
- ❖ गर्भपात सेवाओं के लिए मानक तैयार करना और उन्हें अधिसूचित करना। जिला और उपजिला स्तरों पर प्रवर्तन तंत्रों को सुदृढ़ करना ताकि यह सुनिश्चित हो पाए कि इन मानदण्डों का पालन किया जाता है।
- ❖ सेवा प्रदानगी केन्द्रों के मानदण्ड–आधारित पंजीकरण का पालन करना और उसके द्वारा मानकों के बारीकी से अनुपालन की जवाबदेही प्रदायकों पर डालना।
- ❖ गर्भपात के उपरान्त सक्षम परिचर्या प्रदान करना जिसमें गर्भपात कराने के बाद रोगियों की जटिलताओं का उपचार करना और उनकी अन्य स्वास्थ्य संबंधी जरूरतों का पता लगाना और उन्हें उपयुक्त सेवाओं से जोड़ना शामिल हैं। गर्भपात के बाद की परिचर्या के भाग के रूप में परिवार नियोजन और बंध्याकरण जैसी सेवाएं देने और आई.यू.डी. और मुखीय गर्भनिरोधन और कण्डोमों जैसी प्रतिवर्ती आधुनिक विधियों से संबंधित सेवाओं के संबंध में परामर्श देने के लिए चिकित्सकों को प्रशिक्षित किया जा सकता है।
- ❖ नई प्रक्रियाओं में व्यवहारिक प्रशिक्षण प्रदान करने के लिए आयुर्विज्ञान स्नातकों और सतत शिक्षा तथा इन–हाऊस शिक्षण के लिए पाठ्यचर्या एवं पाठ्यक्रमों को संशोधित करना।
- ❖ प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रों और सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों में गर्भसमापन की सेवाएं सुनिश्चित करना।

14. जटिल और जीवन को जोखिम में डालने वाले प्रसवों के लिए प्रथम रेफरल एककों के रूप में कार्य करने के लिए उप–जिला स्तरों के रूप में सामुदायिक स्वास्थ्य केन्द्रों पर प्रसव अस्पतालों का विकास करना।

15. सार्वजनिक, निजी और गैर–सरकारी संगठन के क्षेत्रों में नैदानिक सेवाओं के लिए मानक तैयार करना और उनको लागू करना।

16. निःशुल्क आपूर्ति, सामाजिक विपणन और वाणिज्यिक बिक्री के माध्यम से गर्भनिरोधन (कण्डोमों और मुखसेव्य गर्भनिरोधन गोलियां) की गैर–नैदानिक विधियों के वितरण पर ध्यान केन्द्रित करना।

17. एक साझे प्रतीक चिन्ह (लोगों द्वारा पहचाने जाने वाले सार्वजनिक, निजी और गैर–सरकारी केन्द्रों का एक राष्ट्रीय नेटवर्क तैयार करना जो किसी भी व्यक्ति को निःशुल्क प्रजनन एवं बाल स्वास्थ्य सेवाएं प्रदान करे। सेवा–प्रदायक को लाभार्थी द्वारा विधिवत प्रतिहस्ताक्षरित एक कूपन के आधार पर प्रदान की गई सेवा के लिए प्रतिपूर्ति की जाएगी और इस प्रदायक को बनाई जाने वाली प्रणाली द्वारा भुगतान किया जायेगा। यह मुआवजा सभी क्षेत्रों के प्रदायकों के लिए समान होगा। अन्तिम उपयोगकर्त्ता सेवा के प्रदायक का चयन करेगा। प्रबन्ध विशेषज्ञों का एक दल दुरूपयोग को रोकने के लिए जांच और सामंजस्य तंत्र तैयार करेगा।

(IV) बाल स्वास्थ्य और जीवन-रक्षा

1. प्रारम्भिक तथा पर्याप्त प्रसव–पूर्व, प्रसवकालीन और प्रसवोत्तर परिचर्या को मानीटर करने के लिए ग्राम–स्तर और उससे आगे के स्तरों से सामुदायिक कार्यकलापों में सहायता करना। नवजात शिशु की स्वास्थ्य परिचर्या और उसके पोषक पर ध्यान केन्द्रित करना।

2. नवजात और प्रसवकालीन परिचर्या में नई उद्‌भव हो रही प्रौद्योगिकियों से कार्यक्रम और परियोजना संबंधी कार्यकलापों में सामंजस्य स्थापित करने के लिए नवजात परिचर्या पर एक राष्ट्रीय तकनीकी समिति स्थापित करना।

3. एकीकृत बाल विकास योजना संबंधी कार्यक्रम से समन्वय स्थापित करके जन्मों का अनिवार्य पंजीकरण कराना।

4. बच्चे के जन्म के पश्चात् गर्भनिरोधन के बारे में परामर्शी सेवाएं प्रदान करना, गर्भनिरोधन की प्रतिवर्तनीय अथवा स्थाई विधि को अपनाने के लिए प्रोत्साहित करना। यह सब माता और बच्चे दोनों के स्वास्थ्य और कल्याण में भी योगदान देगी।

5. बुनियादी अर्ध–धात्री सेवाओं, अनिवार्य नवजात परिचर्या, जिसमें अस्पताल के बाहर बीमार नवजातों का उपचार भी शामिल हैं, में स्वास्थ्य केन्द्रों की क्षमताएं बढ़ाना।

6. बाल्यावस्था की बीमारियों के समेकित उपचार में स्वास्थ्य कर्मियों को सुग्राही बनाना और प्रशिक्षित करना। उप–केन्द्रों और प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रों में पर्याप्त उपकरणों और प्रशिक्षण की व्यवस्था करके अतिसार और तीव्र श्वसनीय संक्रमणों के लिए मानक रोगी उपचार की अनिवार्यतः व्यवस्था प्रदान की जानी चाहिए। ग्राम स्तरों पर स्वास्थ्य प्रदायकों को इन क्षेत्रों में विशेषतौर से स्वदेशी चिकित्सा पद्धतियों में प्रशिक्षण दिया जाना चाहिए।

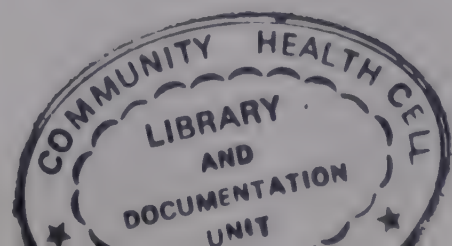
7. ग्राम स्तरों पर और उप–केन्द्रों में आपूर्तियों और उपकरणों की उपलब्धता सुनिश्चित करके मातृ कुपोषण, रूग्णता और मृत्यु–दर में कमी लाने के उद्‌देश्य से महत्वपूर्ण उपायों को सुदृढ़ करना।

8. पोलियो के उन्मूलन के लिए पल्स पोलियो अभियान को जोरदार ढंग से जारी करना।

9. वैक्सीन से रोके जा सकने वाले रोगों विशेषतः टेटनस और खतरे के लिए शत–प्रतिशत नेमी (रुटीन) रोग प्रतिरक्षण सुनिश्चित करना।

10. बाल जीवन–रक्षा की एक पहल के रूप में विवाह की कानूनी आयु के पश्चात् शादी करने वाली गरीबी रेखा से नीचे रहने वाले दम्पतियों के लिए संवर्धनात्मक और प्रेरणात्मक उपायों का पता लगाना ताकि वे माता की आयु 21 वर्ष होने के पश्चात् पहला बच्चा होने और दूसरे बच्चे के जन्म के पश्चात् गर्भ–निरोधन की स्थाई विधि अपनाएं।

11. गलियों में घुमने वाले बच्चे और बाल मजदूरों जैसे असुरक्षित वर्ग और कतिपय उप–वर्गों के बच्चे संकेन्द्रित ध्यान देने के योग्य हैं और इनके लिए कार्य करने की जरूरत है। इन समूहों के बच्चों के लिए विशेष योजनाएं तैयार और कार्यान्वित करने के लिए स्वैच्छिक गैर–सरकारी संगठनों को प्रोत्साहित करना।

12. 5 वर्ष के कम आयु के बच्चों, जिनके अभिभावकों ने छोटे परिवार के मानदंड को अपनाया है और दूसरे बच्चे के जन्म के पश्चात् गर्भनिरोधन की स्थाई विधि चुनी हो, के लिए अस्पताल में दाखिल होने की लागत को कवर करने वाले राष्ट्रीय स्वास्थ्य बीमे की व्यवहार्यता का पता लगाना।

13. 6–9 वर्ष की आयु के बच्चों को शामिल करके, विशेषतौर से स्कूल में शत–प्रतिशत बच्चों, खासतौर से लड़कियों, को स्कूल में भर्ती करवाने के कार्य को बढ़ावा देने और इसे सुनिश्चित करने के लिए एकीकृत बाल विकास योजना का विस्तार करना। आंगनवाड़ी कार्यकर्ताओं की सहायता से प्राथमिक शिक्षा को बढ़ावा देना और 14 वर्ष की आयु तक स्कूल में बच्चों को पढ़ाई के लिए रखने की बात को प्रोत्साहित करना। शिक्षा जागरूकता, देरी से विवाह करने, परिवार के छोटे आकार और उच्च बाल जीवन–रक्षा दरों को बढ़ावा देती है।

14. लड़कियों के लिए व्यावसायिक शिक्षा प्रदान करना। यह बात लड़कियों को शिक्षित करने की तत्काल उपयोगिता की बात को बढ़ावा देगी और धीरे–धीरे विवाह की औसत आयु को बढ़ायेगी। यह बात प्राथमिक स्कूलों और इसके साथ–साथ संभवतः माध्यमिक स्कूलों के स्तर तक में भी लड़कियों के नाम लिखने और उन्हें वहां पढ़ाई के लिए रखने को भी बढ़ायेगी। रोजगार के अवसरों के लिए गैर–सरकारी संगठनों, स्वैच्छिक क्षेत्र और निजी क्षेत्र, दोनों को जैसा आवश्यक हो, शामिल करना।

(V) परिवार कल्याण सेवाओं की पूरी न हुई जरूरतों को पूरा करना।

1. ग्राम, उप–केन्द्र और प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र स्तरों पर स्वास्थ्य संबंधी बुनियादी ढांचे को सुदृढ़ करना, उसे बल प्रदान करना और उसे सार्वजनिक रूप से उत्तरदायी बनाना।

2. परिशिष्ट–4 में उल्लिखित विभिन्न पूरी न हुई जरूरतों विशेषतः ग्रामीण बुनियादी ढांचे में वृद्धि, स्वीकृत और उपयुक्त रूप से प्रशिक्षित स्वास्थ्य कार्मिकों की तैनाती तथा अनिवार्य उपस्कर और औषधें उपलब्ध कराने पर प्राथमिकता के आधार पर ध्यान देना।

3. पहुंच और कवरेज में वृद्धि करने के उद्देश्य से उन क्षेत्रों, जहां पर सार्वजनिक निजी और गैर–सरकारी संगठन क्षेत्रों की मौजूदा कवरेज अपर्याप्त है, में राज सहायता प्राप्त (सब्सीडाइज्ड़) उत्पाद और सेवाएं प्रदान करने के लिए नवीन सामाजिक विपणन योजनाएं तैयार करना और कार्यान्वित करना।

4. पंचायत, जिला परिषद और प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र स्तरों पर रेफरल परिवहन की सुविधाओं में सुधार करना। उप–केंद्रों में सहायक नर्सधात्रियों की गतिशीलता बढ़ाने के लिए उनको मोपेड खरीदने के लिए उदार ऋण प्रदान करना। इससे प्रसवपूर्व और प्रसवोत्तर जांचों की कवरेज बढ़ेगी जिससे मातृ एवं शिशु मृत्यु–दर में कमी आयेगी।

5. आपाती और अनिवार्य चिकित्सीय देखभाल के जरूरतमंद व्यक्तियों के लिए परिवहन की सुविधा आसान बनाने के लिए उपयुक्त वाहनों से एम्बुलैंस सेवाएं शुरू करने के लिए विशेष ऋण योजनाओं के माध्यम से ग्राम और खंड स्तरों पर स्थानीय उद्यमियों को प्रोत्साहित करना।

6. बुनियादी औषधों और ग्राम स्तरों पर चिकित्सीय प्रथम सहायता की व्यवस्था करने के लिए दवाइयों की दुकाने खुलवाने के लिए विशेष ऋण योजना और स्थल आबंटन की व्यवस्था करना।

(VI) अल्पसेवित जनसंख्या समूह

(क) शहरी मलिन बस्तियां

1. स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण मंत्रालय स्वास्थ्य, परिवार कल्याण और भारतीय चिकित्सा पद्धति एवं होम्योपैथी विभागों के निवेशों से एक व्यापक शहरी स्वास्थ्य परिचर्या कार्यनीति को अंतिम रूप देगा। परिवार कल्याण विभाग शहरी सुधार योजना में पुनः जान डाल सकता है।

2. सहकारी निकायों सहित गैर–सरकारी संगठनों और निजी क्षेत्रों के संगठनों द्वारा व्यापक बुनियादी स्वास्थ्य, प्रजनन और बाल स्वास्थ्य सेवाएं प्रदान करने के लिए शहरी मलिन बस्तियों में सेवा प्रदाय केंद्रों को सुविधा देना।

3. सेवानिवृत सरकारी डाक्टर और अर्ध–चिकित्सा तथा गैर–चिकित्सा कार्मिक, जो लाभकारी शर्तों पर नैदानिक और गैर–नैदानिक सेवाओं के लिए स्वास्थ्य परिचर्या प्रदायक के रूप में कार्य कर सकते हैं, के नेटवर्क को बढ़ावा देना।

4. शहरी मलिन बस्तियों में परिवार नियोजन के गैर–नैदानिक उत्पादों और सेवाओं के लिए सामाजिक विपणन कार्यक्रमों को सुदृढ़ करना।

5. विशेषतौर से शहरी मलिन बस्तियों के लिए परिवार नियोजन, रोग–प्रतिरक्षण, प्रसवपूर्व, प्रसवकालीन और प्रसवोत्तर जांचों और अन्य प्रजनन स्वास्थ्य परिचर्या संबंधी सेवाओं के लिए सूचना, शिक्षा व सम्प्रेषण अभियान शुरू करना। पर्यावरणिक स्वास्थ्य, व्यक्तिगत स्वच्छता और स्वस्थ आदतों, पोषण शिक्षा और जनसंख्या शिक्षा पर बल देते हुए जोरदार स्वास्थ्य शिक्षा कार्यक्रमों को स्वास्थ्य और चिकित्सा परिचर्या कार्यक्रमों के साथ जोड़ना।

6. अनियोजित और असमन्वित बस्तियों से निपटने के लिए जल और सफाई, उपयोग और प्रदूषण, आवास, परिवहन, शिक्षा और पोषण तथा महिला एवं बाल विकास के संबंध में कार्रवाई करने वाले विभागों/नगर निकायों के बीच अन्तरक्षेत्रीय समन्वय को बढ़ावा देना।

7. रेफरल प्रणालियों और शहरी क्षेत्रों में स्वास्थ्य परिचर्या के प्राथमिक द्वितीयक और तृतीयक स्तरों में संबंधों को सरल और कारगर बनाना।

8. शहरी मलिन बस्तियों के निवासियों को मिलने वाली अनवरत सुविधाओं की व्यवस्था को उनके द्वारा छोटे परिवार के मानदंड के अनुपालन से जोड़ना।

(ख) आदिवासी समुदाय, पर्वतीय क्षेत्र की जनसंख्या और विस्थापित और प्रवासी जनसंख्या

1. बहुत से आदिवासी समुदाय संख्या में कम हो रहे हैं और उनको प्रजननता संबंधी विनियमन की आवश्यकता न हो। इसके बजाय उनको अप्रजननता के संबंध में सूचना और परामर्श की आवश्यकता हो सकती है।

2. आदिवासी और पहाड़ी क्षेत्रों के लोगों तथा प्रवासी और विस्थापित लोगों के लिए कार्य की उपलब्धता आय और भोजन में मौसमी परिवर्तनों के अनुरूप सेवा प्रदान करने वाली एक निवारक और उपचारी स्वास्थ्य परिचर्या प्रणाली तैयार करने और उसे लागू करने के लिए गैर–सरकारी संगठनों को प्रोत्साहित किया जा सकता है। शुरू में चलते–फिरते क्लीनिक कुछ प्रकार की नियमित कवरेज और सेवाओं का विस्तार उपलब्ध करा सकते हैं।

3. बहुत सारे आदिवासी समुदाय देशी चिकित्सा पद्धतियों पर निर्भर हैं जिसके लिए स्थानीय वनस्पति, जीव–जन्तुओं और खनिजों की नियमित आपूर्ति अथवा उनसे प्राप्त की जाने वाली मानकीकृत चिकित्सा की आवश्यकता होती है। ऐसे स्थानीय संसाधनों की पैदावार और मानकीकृत औषध योगों को तैयार और वितरित करने के कार्य को प्रोत्साहित किया जाना चाहिएं

4. सार्वजनिक, निजी और गैर–सरकारी संगठन क्षेत्रों के स्वास्थ्य परिचर्या प्रदायकों को आदिवासी और पहाड़ी क्षेत्र के समुदाय की विशेष जरूरतों के बारे में सुग्राही बनाया जाना चाहिए। कवरेज बढ़ाने के लिए उनके "विविध रोगों" संबंधी दृष्टिकोण को स्वास्थ्य प्रदायकों द्वारा अपनाना चाहिए।

ग. किशोर

1. वहन की जा सकने वाली और सुलभ होने वाली प्रजनन स्वास्थ्य सेवाओं सहित जानकारी, परामर्श और अन्य सेवाओं तक किशोरों की पहुंच को सुनिश्चित करना। किशोरों और नव–विवाहितों दोनों (जो किशोर भी हो सकते हैं) को परामर्श प्रदान करने के लिए प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों और उप–केंद्रों को सुदृढ़ करना। बच्चों के जन्म में उपयुक्त अन्तर पर जोर देना।

2. किशोरों के लिए एकीकृत बाल विकास योजना कार्यकम के अन्तर्गत उपलब्ध सेवाओं के पौषणिक पैकेज की व्यवस्था करना।

   टिप्पणी: किशोरियों की स्वास्थ्य स्थिति में सुधारों का अन्तर–प्रजनन संबंधी प्रभाव होता है। इससे जन्म के समय कम वजन का खतरा कम होता है और यह नवजात मृत्यु–दर को भी कम से कम करता है। कुपोषण एक ऐसी समस्या है जो किशोरों और वयस्क महिलाओं के स्वास्थ्य को गंभीर रूप से हानि पहुंचाता है और इसकी जड़ें शुरू की बाल्यावस्था में होती हैं। रक्ताल्पता और जन्म के समय कम वजन, अपरिपक्वता, प्रसवकालीन मृत्यु–दर और मातृ मृत्यु–दर में आकस्मिक संबंधता को बड़े पैमाने पर अध्ययन किया गया है और इसे स्थापित किया जा चुका है।

3. किशोरावस्था की गर्भावस्थाओं की घटना–दर को कम करने के लिए बाल विवाह अवरोध अधिनियम, 1976 को लागू करना। कानूनी रूप से अनुमत्य 18 वर्ष से कम आयु की लड़कियों के विवाह को रोकना राष्ट्रीय चिंता का विषय होना चाहिए।

   टिप्पणी: इससे अधिक संख्या में लड़कियों को स्कूलों में रखने और रखे जाने को बढ़ावा मिलेगा और इससे कार्यबल में सहभागिता के प्रोत्साहित होने की भी आशा है।

4. शहरी मलिन बस्तियों, दूर–दराज के ग्रामीण क्षेत्रों, सीमावर्ती जिलों और आदिवासी आबादी में अपूर्ण आवश्यकताओं वाली पाकेटों में एकीकृत कार्य–कलापों की व्यवस्था करना।

(घ) नियोजित मातृ-पितृत्व (पेरन्टहुड) में पुरूषों की बढ़ी हुई सहभागिता

1. छोटे परिवार के मानदंड को बढ़ावा देने और कम बच्चों के जन्म में बेहतर अंतर रखने, बेहतर स्वास्थ्य और पोषण तथा बेहतर शिक्षा के महत्वपूर्ण लाभों पर जोर देकर जागरूकता बढ़ाने के लिए सूचना और शिक्षा अभियानों में पुरूषों पर ध्यान केंद्रीत करना।

2. इस समय 97 प्रतिशत से अधिक बन्ध्याकरण महिला नसबंदी के रूप में होते हैं पुरूष नसबंदी, विशेष रूप से बिना चीर–फाड़ की नसबंदी (नो–स्केलपल वेसक्टॉमी) जो एक सुरक्षित, सरल, पीड़ारहित प्रक्रिया है और पुरूषों के लिए अधिक सुविधाजनक और स्वीकार्य है, को फिर से लोकप्रिय बनाना।

3. सभी स्तरों पर सतत शिक्षा और प्रशिक्षण के लिए नो–स्केलपल वेसक्टॉमी और ऐसी सभी उभरती तकनीकों और कौशलों को व्यापक व्यावहारिक प्रशिक्षण के साथ पाठ्यचर्या में शामिल किए जाने को सुनिश्चित करने की आवश्यकता है। चिकित्सा स्नातकों और "सेवा–कालीन" सतत शिक्षा और प्रशिक्षण में भाग लेने वाले सभी व्यक्तियों को इस विधि के प्रयोग के लिए सज्जित किया जाएगा।

(VII) विविध स्वास्थ्य परिचर्या प्रदायक

1. जिला और उप–जिला स्तरों पर ऐसे प्राइवेट चिकित्सकों का खंडवार डाटाबेस रखना जिनकी विश्वसनीयता भारतीय चिकित्सा संघ द्वारा प्रमाणित की गई हो। ऐसे प्राइवेट चिकित्सकों को एक बार

में एक वर्ष के लिए मान्यता दी जा सकती है और प्रत्येक सैटेलाइट आबादी, जो 5000 से अधिक न हो (दूरी और फैलाव के अनुसार), जिन्हें वे प्रजनन एवं बाल स्वास्थ्य सेवाएं प्रदान कर सकते हैं। इन प्राइवेट चिकित्सकों को विनिर्दिष्ट अभिकरणों के माध्यम से उनके द्वारा प्रदान की गई सेवाओं के लिए मुआवजा प्रदान किया जाएगा। संविदा का एक वर्ष के बाद बढ़ाया जाना उपभोक्ताओं की संतुष्टि पर आधारित होगा। सेवाओं के विस्तार के साथ उच्च गुणवत्ता वाली सेवाएं प्रदान करने के लिए यह एक प्रोत्साहन के रूप में कार्य करेगा। उपयुक्त निगरानी इसके दुरूपयोग को रोकेगी।

2. लाइसैंस प्राप्त चिकित्सकों की पहले की प्रणाली का पता लगाना जिसके अंतर्गत भारतीय चिकित्सा संघ से समुचित प्रमाणन के बाद ऐसे चिकित्सक नैदानिक सेवाओं की व्यवस्था में भाग ले सकते है।

3. सेवानिवृत्त रक्षा कार्मिकों, सेवानिवृत्त स्कूली शिक्षकों और अन्य ऐसे गैर–चिकित्सीय बंधुओं, जो सक्रिय हैं और सहयोग करने के इच्छुक हैं, को राष्ट्रीय परिवार कल्याण कार्यक्रम के प्रयासों के बारे में भ्रम दूर करने के लिए परामर्श और प्रचार कार्यक्रम में शामिल करना।

4. स्नातकपूर्व/स्नातकोत्तर चिकित्सा, नर्सिंग और परा–चिकित्सीय व्याव्रसायिक पाठ्यक्रमों और पाठ्यचर्या में भारतीय आयुर्विज्ञान परिषद, भारतीय चिकित्सा पद्धति एवं होम्योपैथी परिषदों और भारतीय उपचर्या परिषद से परामर्श करके संशोधन करना जिससे प्रजनन एवं बाल स्वास्थ्य कार्यक्रम तथा राष्ट्रीय जनसंख्या नीति की अवधारणा और कार्यान्वयन कार्यनीतियां प्रतिविम्बित हो सकें। इसे सभी सेवाकालीन प्रशिक्षण तथा शैक्षिक पाठ्यचर्याओं में भी लागू किया जाएगा।

5. मातृ मृत्यु अनुपात/दर तथा शिशु मृत्यु दर में कमी लाने के लिए प्रथम रेफरल यूनिट अर्थात ब्लाक स्तर पर 30 पलंगों वाले अस्पतालें, जो आपाती प्रसूति और बाल स्वास्थ्य परिचर्या प्रदान करते हैं, के दक्षतापूर्वक कार्यक्रम करने को सुनिश्चित करना है। बहुत से राज्यों में ये प्रथम रेफरल यूनिट विशेषज्ञों अथार्त स्त्री रोग विज्ञानियों, प्रसूति विज्ञानियों, संवेदनाहरण विज्ञानियों और बाल चिकित्सा विशेषज्ञों की भारी कमी के कारण कार्य नहीं कर रहे हैं। चिकित्सा संस्थाओं में (प्रवेश स्तर पर) सीटें बढ़ा कर और साथ ही राष्ट्रीय चिकित्सा परीक्षा बोर्ड तथा इंदिरा गांधी राष्ट्रीय ओपन यूनिवर्सिटी जैसे खुले विश्वविद्यालयों के माध्यम से सेवाकालीन स्नातकोत्तर अर्हता प्राप्ति की व्यवस्था करे इन तीन विशेषज्ञताओं में बड़ी संख्या में विशेषज्ञों की उपलब्धता बढ़ाई जानी है। प्रोत्साहन के रूप में ऐसे सेवाकालीन स्नातकों के लिए सीटें आरक्षित की जा सकेंगी जो पाठ्यक्रम के पूरा होने के बाद 5 वर्ष तक प्रथम रेफरल यूनिटों में कार्य करने के बन्ध–पत्र (बांड) का पालन करने के इच्छुक हों। राज्यों को प्रथम रेफरल यूनिटों में विशेषज्ञों के पद स्वीकृत करने की आवश्यकता होगी। इसके अतिरिक्त ऐसे विशेषज्ञों के लिए प्रोन्नति के स्पष्ट अवसर भी प्रदान किए जाने चाहिए।

(VIII) (क) गैर-सरकारी क्षेत्र के साथ सहयोग और उसकी प्रतिबद्धताएं

1. सरकारी और गैर–सरकारी क्षेत्रों के बीच विशुद्ध दीर्घावधिक सहयोग को रोकने में बहुत सी बाधाएं बनी हुई हैं। सरकारी, गैर–सरकारी और निजी क्षेत्र के प्रतिनिधियों का एक मंच इन बाधाओं का पता लगा सकता है और सहयोगी व्यवस्थाओं को सरल बनाने और उनके संवर्धन के लिए दिशा–निर्देश तैयार कर सकता है।

2. ग्राम स्तरों तक पहुंचने, परामर्शी और नैदानिक सेवाएं बढ़ाने के लिए गैर–सरकारी संगठनों के साथ सहयोग और करार करना। इसके लिए अधिक क्लिनिकों तथा चलते–फिरते क्लिनिकों की आवश्यकता होगी।

3. स्वैच्छिक क्षेत्र और गैर–सरकारी संगठनों के बीच सहयोग से ग्राम स्तरों पर सेवाएं दक्षतापूर्वक पहुंचायी जा सकेंगी। दिशा–निर्देशों में प्रत्येक क्षेत्र की भूमिका और दायित्व सुस्पष्ट किया जा सकता हैं

4. ग्राम स्तरीय स्वसहायता समूहों को सामुदायिक कार्यकलापों में भाग लेने के लिए प्रेरित करने हेतु स्वैच्छिक क्षेत्र को प्रोत्साहित करना।

5.. ग्राम स्तरों तक पहुचंने के लिए गर्भनिरोधकों के सामाजिक विपणन में गैर–सरकारी क्षेत्र के साथ विशिष्ट सहयोग को प्रोत्साहन दिया जाएगा।

(VIII) (ख) उद्योग के साथ सहयोग और उसकी प्रतिबद्वताएं

1. उदाहरण के लिए निगमित क्षेत्र और उद्योग सेवाओं की सर्वाधिक कमी वाले सात राज्यों में प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्र और उपकेन्द्र स्तरों पर प्रबंधन सूचना प्रणाली को सुदृढ़ करने की चुनौती स्वीकार कर सकते हैं। व्यापक कवरेज और पहुंच को आसान बनाते समय उपकेन्द्रों पर सहायक नर्सधात्रियों और बहुद्देशीय कार्यकर्ताओं तथा प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रों पर डाक्टरों के कठिन कार्यभार को हल्का करने के लिए इलेक्ट्रॉनिक डाटा एंट्री मशीनों का प्रयोग आरम्भ करना।

2. ग्राम स्तर और उससे ऊपर के स्तरों की जनसंख्या के सभी वर्गो को लक्ष्य बनाते हुए उत्पादों और सेवाओं के लिए व्यवसायिक रुप से ठोस विज्ञापन और विपणन अभियान चलाने में गैर–सरकारी क्षेत्र सरकारी क्षेत्र के साथ सहयोग करना, दूसरे शब्दों में गर्भ–निरोधकों के सामाजिक विपणन सहित समर्थन और सूचना, शिक्षा एवं संप्रेषण को सृदुढ़ करना।

3. ग्राम स्तर तथा उससे ऊपर के स्तरों से आय–सृजन के कार्यकलापों को जारी रखने के लिए बाजार प्रदान करना। बदले में यह स्वास्थ्य और शिक्षा से जुड़े सामुदायिक कार्यकलापों को जारी रखने के लिए लोगों में अनुकूल प्रेरणा सुनिश्चित करेगा।

4. ग्राम स्तरों तक दूर–दराज और दुर्गम क्षेत्रों तक परिवहन व्यवस्था को बढ़ावा देने में सहायता करना। यह उत्पादों और सेवाओं के समाजिक विपणन की कवरेज और पहुंच में काफी सहायता करेगा।

5. उद्योग में निगमित क्षेत्र का सामाजिक दायित्व कम से कम इसके अपने कर्मचारियों (यदि 100 से कम कार्यकर्ता काम कर रहे हों, के लिए निवारक प्रजनन एवं बाल स्वास्थ्य परिचर्या प्रदान करने का होना चाहिए।

6. एक साझे प्रतीक चिन्ह से पहचाने जाने वाला स्वैच्छिक, सार्वजनिक, प्राइवेट और गैर–सरकारी स्वास्थ्य केन्द्रों का एक राष्ट्रीय नेटवर्क तैयार करना जो हर उपभोक्ता को निःशुल्क प्रजनन एवं बाल स्वास्थ्य सेवाएं प्रदान करेगा। उस प्रदायक को उनके द्वारा प्रदान की गई सेवाओं के लिए एक कूपन प्रणाली के आधार पर प्रतिपूर्ति की जाएगी और वह कूपन् लाभार्थी द्वारा विधिवत रूप से प्रति–हस्ताक्षरित होगा और एक ऐसी प्रणाली के द्वारा उनको भुगतान किया जाएगा जिसे पूरी तरह से सुस्पष्ट किया जाएगा। यह प्रतिपूर्ति सभी क्षेत्रों के प्रदायकों के लिए समान होगी। अंतिम उपयोगकर्त्ता सेवा प्रदानगी के स्रोत में अपनी पसन्द का इस्तेमाल कर सकता है। इस बात को सुनिश्चित करने के लिए कि इस प्रणाली का दुरूपयोग न हो प्रबंध विशेषज्ञों की एक समिति बनाई जाएगी जो इस प्रयोजन के लिए तरीके सुझाएगी।

7. बुनियादी प्रजनन एवं बाल स्वास्थ्य परिचर्या एवं बुनियादी शिक्षा की व्यवस्था एवं उन तक पहुंच के लिए सरकार को सहायता प्रदान करने के लिए स्वैच्छिक क्षेत्र, गैर–सरकारी क्षेत्र और प्राईवेट निगमित क्षेत्र का एक कोष बनाना।

8. बुनियादी शिक्षा के क्षेत्र में 14–15 वर्ष की आयु तक के बच्चों के लिए निजी रूप से चलाए जाने वाले व्यवस्थित प्राथमिक स्कूल स्थापित करना। वैकल्पिक रूप में यदि स्कूल पंचायतों द्वारा स्थापित / व्यवस्थित किए जाते हैं तो प्राइवेट निगमित क्षेत्र मध्यावधि भोजन, पाठ्यपुरतकें और / या वर्दियां प्रदान कर सकते हैं।

(IX) भारतीय चिकित्सा पद्वति एवं होम्योपैथी को मुख्य धारा में लाना

1. भारतीय चिकित्सा पद्धति और होम्योपैथी के संस्थागत रूप से अर्हताप्राप्त चिकित्सकों (जिन्होनें पहले ही मिडवाइफरी, प्रसूति और स्त्रीरोग विज्ञान में साढ़े पांच वर्ष तक शिक्षा ली हो) के लिए प्रजनन एवं बाल स्वास्थ्य कार्यक्रम में समुचित प्रशिक्षण प्रदान करना और विषय–परिचायन कराना और स्वास्थ्य के बुनियादी ढांचे और उपकेन्द्रों और प्राथमिक स्वास्थ्य केन्द्रों में, जहां आवश्यक हो, समुचित स्तरों पर जनशक्ति की कमी को दूर करने के लिए उनकी सेवाओं का उपयोग करना।

2. स्वास्थ्य और जनसंख्या से जुड़े कार्यक्रमों के लिए भारतीय चिकित्सा पद्धति एवं होम्योपैथी की संस्थाओं, औषधालयों और अस्पतालों का उपयोग करना।

3. गांव के प्रसूति कुटीरों में और परिवार स्तरों पर नवजात शिशुओं के पोषण के अतिरिक्त प्रसवपूर्व और प्रसवोत्तर परिचर्या के लिए भारतीय चिकित्सा पद्धति की औषधियों सहित देशी चिकित्सा प्रणालियों की जांची और परखी धारणाओं और चिकित्सा पद्धतियों का प्रसार करना।

4. उपयुक्त प्रशिक्षण और विषय–परिचायन के पश्चात प्रचार करने और परामर्श देने तथा आपूर्तियों और उपस्करों के वितरण और ग्राम स्तरों पर डिपो धारक के रूप में कार्य करने के लिए भारतीय चिकित्सा पद्धति और होम्योपैथी के "बेअरफुट डाक्टरों" की सेवाओं का उपयोग करना।

(X) गर्भनिरोधक प्रौद्योगिकी और प्रजनन एवं स्वास्थ्य पर अनुसंधान

1. सरकार शैक्षणिक और अनुसंधान संस्थाओं के नेटवर्क के परामर्श से प्रजनन एवं बाल स्वास्थ्य से संबंधित चिकित्सा और समाज विज्ञान में अनुसंधान को प्रोत्साहित करेगी, सहायता देगी तथा उसे समुन्नत करेगी।

2. अंतर्राष्ट्रीय जनसंख्या विज्ञान संस्थान और जनसंख्या अनुसंधान केन्द्र कार्यक्रम सूचकों की समीक्षा करना जारी रखेंगे जिससे कार्यनीतिक लक्ष्यों के प्रति उनकी संगतता सुनिश्चित की जा सके।

3. यदि आवश्यक हुआ, तो सरकार जनसंख्या अनुसंधान केन्द्रों के नए ढाँचे तैयार करेगी।

4. नैदानिक और गैर–नैदानिक उपायों के लिए मानक नियमित रूप से जारी किए जाएंगे एवं उनका मूल्यांकन किया जाएगा।

5. कार्यक्रम प्रदानगी की अच्छी प्रबन्धन पद्धतियों और उभर रही नई प्रौद्योगिकियों से मेल बिठाने के लिए सामुदायिक आवश्यक्ताओं के आकलनों से संबंधित दृष्टिकोण की सतत रूप से समीक्षा की जाएगी और उसका मूल्यांकन किया जाएगा।

6. गर्भनिरोधक प्रौद्योगिकी की नियमित समीक्षा करने और गर्भनिरोधक प्रौद्योगिकी में हुई प्रगति और विशेष रूप से इसमें उभर रही नई तकनीकों के कार्यक्रम विकास में विशिष्ट रूप से समावेशन की संस्तुति करने के लिए अन्तरराष्ट्रीय और भारतीय विशेषज्ञों, स्वैच्छिक और गैर–सरकारी और संगठनों की एक समिति स्थापित की जा सकती है।

(XI) वयोवृद्व लोगों के लिए व्यवस्था करना

1. जरा–चिकित्सीय (वृद्धावस्था) स्वास्थ्य परिचर्या प्रदान करने के लिए ग्रामीण और शहरी स्वास्थ्य केन्द्रों और अस्पतालों को सुग्राही बनाना, प्रशिक्षित करना और सज्जित करना।

2. वृद्ध लोगों को आर्थिक रूप से आत्मनिर्भर बनाने वाले कई औपचारिक और अनौपचारिक अवसर तैयार करने और उन्हें मजबूत करने के लिए गैर–सरकारी संगठनों और स्वैच्छिक संगठनों को प्रोत्साहित करना।

3. बच्चों द्वारा अपने वृद्ध माता–पिता की देखभाल करने के लिए उन्हें प्रोत्साहन के रूप में कर–लाभ देने की संभावनाओं का पता लगाया जा सकता है।

(XII) सूचना, शिक्षा और सम्प्रेषण

1. सभी सामाजिक क्षेत्रों के सूचना, शिक्षा और सम्प्रेषण संबंधी प्रयासों को एक जगह पर लाना। परिवार कल्याण और शिक्षा के दो क्षेत्रों ने पारस्परिक रूप से सहयोगी सूचना, शिक्षा और सम्प्रेषण कार्यनीति को समन्वित किया है। जिला साक्षरता समितियां संयुक्त सूचना, शिक्षा और सम्प्रेषण अभियानों को स्थानीय बोली में तैयार करती हैं और चलाती हैं जिससे साक्षरता के साथ–साथ परिवार कल्याण के उद्देश्यों को बढ़ावा मिलता है। लोक माध्यमों के अभीष्टतम उपयोग से स्थानीय लोगों को सफलतापूर्वक गतिशील किया गया है। सार्वजनिक परिवहन राष्ट्रीय राजमार्गों पर लगे मील के पत्थरों के साथ–साथ शहरी/ग्रामीण सड़कों के किनारे विज्ञापन होर्डिंगों के माध्यम से, सूचना–पट्टों और जुलूसों, फिल्मों, स्कूल नाटकों, जनसभाओं, स्थानीय रंगशालाओं और लोकगीतों के माध्यम सहित हर संभव प्रचार माध्यमों के जरिये संदेश प्रसारित कर तमिलनाडु राज्य ने सूचना, शिक्षा और सम्प्रेषण कार्यनीति का अनुकरणीय उपयोग किया है।

2. सूचना, शिक्षा एवं सम्प्रेषण संबंधी प्रयास की स्पष्टता और उसके फोकस में सुधार लाने तथा उसकी कवरेज और पहुंच बढ़ाने के लिए ग्रामीण विकास, सामाजिक कल्याण, परिवहन, सरकारी संस्थाओं और स्कूलों के विशेष संदर्भ में शिक्षा विभाग को शामिल करना।

3. पारस्परिक रूप से प्रभावित करने (इन्टरेक्टिव) और सहभागिता वाले सूचना, शिक्षा एवं सम्प्रेषण संबंधी कार्यकलापों के लिए नगर–पालिकाओं, पंचायतों और गैर–सरकारी संगठनों और सामुदायिक संगठनों का वित्त पोषण करना।

4. निर्वाचित नेताओं, मत–निर्माताओं और धार्मिक नेताओं द्वारा समर्थन का प्रदर्शन और प्रजनन एवं स्वास्थ्य कार्यक्रम में उनकी नजदीकी सहभागिता से व्यक्तियों और समुदायों के आचरण तथा अनुक्रिया पैटर्नों पर काफी अधिक प्रभाव पड़ता है। इससे लोग रेफरल परिचर्या सहित मातृ एवं बाल स्वास्थ्य सेवाओं की गुणवत्ता और कवरेज के प्रति सतर्क होने के लिए उत्साहित होते हैं। जननेता और फिल्मी सितारे छोटे परिवार के मानदंड, महिला साक्षरता, महिलाओं के देरी से विवाह, कम बच्चे, स्वस्थ शिशु, बाल रोग प्रतिरक्षण आदि–आदि के सन्देशों का व्यापक रूप से प्रचार–प्रसार कर सकते हैं। निर्वाचित नेताओं के शामिल होने और उनकी उत्साहपूर्ण सहभागिता से जिला और उप–जिला स्तरों पर प्रशासकों की समर्थित सहभागिता सुनिश्चित होती है। छोटे परिवार के मानदंड के जोरदार समर्थन के प्रदर्शन के साथ–साथ राजनीतिक, सामुदागिक, व्यापारिक, व्यावसायिक और धार्मिक नेताओं, मीडिया और फिल्मी सितारों, खेल जगत की हस्तियों तथा मत–निर्माताओं के व्यक्तिगत उदाहरण इसकी स्वीकार्यता पूरे समाज में बढ़ाएंगे।

5. संगत सामाजिक–जनांकिकीय सन्देशों का प्रचार–प्रसार करने के लिए सबसे अधिक सशक्त प्रचार माध्यमों के रूप में आकाशवाणी और दूरदर्शन का उपयोग करना। महत्वपूर्ण समय (प्राइम टाइम) के दौरान सामाजिक सन्देशों के प्रसारण को अनिवार्य बनाने के लिए सरकार उपयुक्त विनियम और यदि आवश्यक हो तो विधान बनाने की भी व्यवहार्यता का पता लगा सकती है।

6. सूचना, शिक्षा और सम्प्रेषण के लिए तथा गर्भनिरोधकों और शैश्विक/बाल्यावस्था अतिसार, किशोरियों

और गर्भवती माताओं में रक्ताल्पता और कुपोषण को दूर करने के लिए बुनियादी औषधों के वितरण के लिए डेरी सहकारी संस्थाओं, सार्वजनिक वितरण प्रणालियों और जीवन बीमा निगम की तरह जिला तथा उप–जिला स्तरों पर स्थापित अन्य नेटवर्कों का उपयोग करना। इससे पहुंच और कवरेज बढ़ेगी।

7. विविध क्षेत्रों (शिक्षा, ग्रामीण विकास, वन एवं पर्यावरण, महिला तथा बाल विकास, पेयजल मिशन, सहकारी संस्थाओं) के क्षेत्र (फील्ड) स्तर के कार्यकर्ताओं को जनसंख्या स्थिरीकरण कार्यक्रमों की कार्यनीतियों, लक्ष्यों और उद्देश्यों के प्रति सुग्राही बनाना।

8. छोटे परिवार के मानदंड, कम लेकिन स्वस्थ शिशुओं की आवश्यकता, महिलाओं को अधिक संख्या में साक्षर बनाने और महिलाओं के देरी से विवाह करने के बारे में सूचना का प्रचार–प्रसार करने, परामर्श देने और शिक्षा का प्रसार करने के लिए सिविल सोसायटी को शामिल करना। सिविल सोसायटी ग्रामीण क्षेत्रों और शहरी मलिन बस्तियों में गर्भनिरोधकों, वैक्सीनों और औषधों की उपलब्धता की मानीटरिंग में भी सहयोग दे सकती है।

भारत की जनसंख्या नीति के विकास में मुख्य घटनाएं

- 1946
  भोरे समिति रिपोर्ट।

- 1952
  परिवार नियोजन कार्यक्रम का आरम्भ।

- 1976
  राष्ट्रीय जनसंख्या नीति विवरण।

- 1977
  परिवार कल्याण कार्यक्रम पर नीति विवरण।

दोनों विवरण संसद में सदन के पटल पर रखे गए थे लेकिन उन पर कभी भी चर्चा नहीं हुई थी अथवा इनको पारित नहीं किया गया था।

- 1983
  राष्ट्रीय स्वास्थ्य नीति, 1983 में स्वैच्छिक प्रयासों के माध्यम से छोटे परिवार का मानदंड प्राप्त किए जाने और "जनसंख्या स्थिरीकरण के लक्ष्य की ओर बढ़ने" की आवश्यकता पर बल दिया गया था। संसद ने स्वास्थ्य नीति पारित करते समय अलग से एक राष्ट्रीय जनसंख्या नीति की आवश्यकता पर बल दिया था।

- 1991
  राष्ट्रीय विकास परिषद ने श्री करुणाकरण की अध्यक्षता में जनसंख्या पर एक समिति गठित की। करुणाकरण रिपोर्ट (जनसंख्या पर राष्ट्रीय विकास परिषद की समिति की रिपोर्ट) को इस परिषद ने 1993 में अपनी स्वीकृति-प्रदान की। इस समिति ने "विकास, जनसंख्या वृद्धि और पर्यावरण संरक्षण के प्रति दीर्घावधि समग्र दृष्टिकोण" अपनाने के लिए "कार्यक्रमों को तैयार करने के लिए नीतियों और दिशा–निर्देशों का सुझाव देने" तथा "अल्प, मध्यम और लम्बी अवधि के परिप्रेक्ष्य और लक्ष्यों के साथ मानीटरिंग तंत्र का सुझाव देने" हेतु राष्ट्रीय जनसंख्या नीति तैयार करने का प्रस्ताव किया (योजना आयोग, 1992)। यह तर्क दिया गया कि यद्यपि पहले के 1976 और 1997 के नीति विवरण संसद पटल पर रखे गए थे, लेकिन संसद ने वास्तव में उन पर कभी भी विचार नहीं किया और उन्हें पारित भी नहीं किया, विशिष्ट रूप से यह सिफारिश की गई कि "सरकार द्वारा एक राष्ट्रीय जनसंख्या नीति बनाई जानी चाहिए और संसद द्वारा पारित की जानी चाहिए।"

- 1993
  डा. एम.एस. स्वामीनाथन के नेतृत्व में एक विशेषज्ञ दल से राष्ट्रीय जनसंख्या नीति का प्रारूप तैयार करने को कहा गया जिस पर मंत्रिमंडल द्वारा विचार–विमर्श किया जाएगा और उसके बाद संसद द्वारा चर्चा की जाएगी।

- 1994
  डा. स्वामीनाथन की अध्यक्षता में विशेषज्ञ दल द्वारा तैयार की गई राष्ट्रीय जनसंख्या नीति की रिपोर्ट। इस रिपोर्ट [illegible] परिचालित किया गया और केन्द्र और राज्य अभिकरणों से टिप्पणिया

देने का अनुरोध किया गया। यह प्रत्याशा की गई कि राष्ट्रीय विकास परिषद और संसद द्वारा अनुमोदित राष्ट्रीय जनसंख्या नीति एक व्यापक राजनीतिक मतैक्य तैयार करने में मदद करेगी।

- **1997**

  भारत की स्वतंत्रता की 50वीं वर्षगांठ पर प्रधानमंत्री गुजराल ने निकट भविष्य में राष्ट्रीय जनसंख्या नीति घोषित करने का वायदा किया। नवम्बर, 1997 के दौरान मंत्रिमंडल ने इस निर्देश के साथ राष्ट्रीय जनसंख्या नीति के प्रारूप का अनुमोदन किया कि इसे संसद के समक्ष रखा जाए। वैसे, इस दस्तावेज को संसद के किसी भी सदन में नहीं रखा जा सका क्योंकि संबंधित सदन स्थगित हो गए और इसके बाद लोकसभा भंग हो गई।

- **1999**

  1998 के दौरान परामर्शों का एक अन्य दौर चला और राष्ट्रीय जनसंख्या नीति के एक अन्य प्रारुप को अन्तिम रूप दिया गया और मार्च, 1999 में उसे मंत्रिमंडल के समक्ष रखा गया। मंत्रिमंडल ने नीति के प्रारूप की जांच करने के लिए मंत्रियों के एक दल (उपाध्यक्ष, योजना आयोग की अध्यक्षता में) की नियुक्ति की। मंत्रियों के दल की अनेक बैठकें हुईं और जनसंख्या नीति के अर्धभेदों पर विचार–विमर्ष हुआ। प्रोत्साहनों और निरुत्साहनों को शामिल करने/हटाने के बारे में विचार को अन्तिम रूप देने के लिए मंत्रियों के दल ने शिक्षाविदों, जन स्वास्थ्य व्यावसायियों, जनांकिकीविदों, समाज विज्ञानियों में से विशेषज्ञों और महिलाओं के प्रतिनिधियों को आमंत्रित किया। मंत्रियों के दल ने जनसंख्या नीति के एक प्रारुप को अन्तिम रूप दिया और उसे मंत्रिमंडल के समक्ष रखा। इस पर 19 नवम्बर, 1999 को मंत्रिमंडल में विचार विमर्श किया गया। इन विचार–विमर्शों के दौरान अनेक सुझाव दिए गए। उस आधार पर एक नया प्रारूप विचारार्थ प्रस्तुत किया जाता है।

जनांकिकीय रूप-रेखा

भारत 'उच्च जन्म दर – उच्च मृत्यु दर' के प्रारंभिक स्तरों से 'उच्च जन्म दर – निम्न मृत्यु दर' की वर्तमान अन्तरवर्ती संक्रमण अवस्था (करन्ट इन्टर मीडिएट ट्रांजिशन स्टेज) तक सभी विकासशील देशों के जनांकिकीय संक्रमण पैटर्न का अनुसरण कर रहा है जिसके परिणाम स्वरूप 'निम्न जन्म दर – निम्न मृत्यु दर' के स्तरों तक पहुंचने से पहले जनसंख्या वृद्धि की उच्च दर हो जाती है।

1. आयु संरचना

1. (i) सन् 2016 तक भारत की जनसंख्या के आयु वितरण में परिवर्तन होने का अनुमान है और इन परिवर्तनों को नीति–कार्यकलापों में संसाधनों का आबंटन निर्धारित करना चाहिए। 2016 तक 15 वर्ष की आयु से नीचे की जनसंख्या (जो इस समय 35 प्रतिशत है) घटकर 28 प्रतिशत होने का अनुमान है। 15–59 वर्ष के आयु समूह में जनसंख्या के (जो इस समय 58 प्रतिशत है) 2016 तक बढ़कर लगभग 64 प्रतिशत तक हो जाने का अनुमान है। 60 वर्ष से अधिक का आयु वर्ग, जो इस समय 7 प्रतिशत है, 2016 तक बढ़कर 9 प्रतिशत हो जाने का अनुमान है।

सारणी 4 : कुल जनसंख्या की प्रतिशतता के रूप में आयु संरचना [2]

वर्ष	5 वर्ष से कम	0–15 वर्ष के बीच	15–59 वर्ष से अधिक	+ 60 वर्ष
1991	12.80	37.76	55.58	6.67
2001	10.70	34.33	58.70	6.97
2011	10.10	28.48	63.38	8.14
2016	9.7	27.73	63.33	8.94

2. अन्तर-राज्य भिन्नताएं

2. (i) भारत सुस्पष्ट (असाधारण) जनांकिकीय विविधता वाला देश है। मूल जनांकिकीय सूचकों की उपलब्धियों में राज्यों के बीच काफी भिन्नताएं दिखाई पड़ती है। इससे जनसंख्या के वर्तमान आकार में काफी भिन्नताएं दिखाई पड़ती हैं। इससे जनसंख्या के वर्तमान आकार में काफी असमानता आई है और 1996–2016 के दौरान जनसंख्या में वृद्धियों को प्रभावित करने की संभावना उत्पन्न हुई है। परिणामों और प्रभावों में अन्तर–राज्यीय पुरूष–महिला और ग्रामीण–शहरी असमानताएं काफी व्यापक हैं। ये भिन्नताएं मुख्य रूप से निर्धनता, निरक्षरता और स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण सेवाओं, जो एक दूसरे से जुड़ी हैं और एक दूसरे को बल प्रदान करती हैं, की अपर्याप्त सुलभता से उत्पन्न होती हैं। बहुत से भागों में स्वास्थ्य का व्यापक बुनियादी ढांचा प्रतिसंवेदी नहीं है।

2. (ii) भारत में कम से कम 9 राज्यों और संघराज्य क्षेत्रों ने प्रजननता के प्रतिस्थापन स्तर से पहले ही प्राप्त कर लिए हैं। इन राज्यों को उनकी कुल प्रजननता दरों के क्रम में श्रेणीबद्ध किया गया है। इसके अतिरिक्त, अगले पृष्ठ में दी गई तीन सारणियों में प्रत्येक राज्य/संघराज्य क्षेत्र की मौजूदा जनसंख्या, इस जनसंख्या का देश की जनसंख्या के अनुपात, शिशु मृत्यु–दर और राज्यों/संघराज्य क्षेत्रों की गर्भनिरोधक व्याप्तता दर भी दर्शाई गई है:

[2] जनसंख्या अनुमान संबंधी तकनीकी दल, योजना आयोग

सारणी 5 : भारत के 9 राज्यों और संघराज्य क्षेत्रों की जनसंख्या स्थिति कुल प्रजननता दर – 2.1 तक

राज्य	1 मार्च, 1999* को जनसंख्या (मिलियन में)	कुल जनसंख्या का प्रतिशत	कुल प्रजननता दर 1997	शिशु मृत्यु दर 1998	गर्भनिरोधक व्याप्तता दर 1999
भारत	981.3		3.3	72	44 प्रतिशत
वर्ग क. (कुल प्रजननता दर – 2.1 तक)					
गोवा	1.5	0.2	1.0**	23	27.1
नागालैंड	1.6	0.2*	1.5**	अनुपलब्ध	7.8
दिल्ली	13.4	1.4	1.6**	36	28.8
केरल	32.0	3.3	1.8	16	40.5
पांडिचेरी	1.1	0.1	1.8**	21	56.9
अंडमान एवं निकोबार द्वीप समूह	0.4	0.04	1.9**	30	39.9
तमिलनाडु	61.3	6.2	2.0	53	50.4
चंडीगढ	0.9	0.09	2.1**	32	35.0
मिजोरम	0.9	0.09	अनुपलब्ध	23	34.6

* जनसंख्या अनुमान संबंधी तकनीकी दल द्वारा लगाए गए अनुमान, 1996

** तीन वर्ष 1995–97 की गतिमान औसत कुल प्रजननता दर

स्रोतः भारत का महारजिस्ट्रार

2. (iii) 11 राज्य और संघ राज्य क्षेत्र ऐसे हैं जहां पर कुल प्रजननता दर 2.1 से अधिक है लेकिन 3.0 से कम है। उसी क्रम में श्रेणीबद्धः

सारणी 6 : भारत के 11 राज्यों और संघराज्य क्षेत्रों की जनसंख्या स्थिति कुल प्रजननता दर – 2.1 से अधिक 3.0 से कम

राज्य	1 मार्च, 1999* को जनसंख्या (मिलियन में)	कुल जनसंख्या का प्रतिशत	कुल प्रजननता दर 1997	शिशु मृत्यु दर 1998	गर्भनिरोधक व्याप्तता दर 1999
वर्ग ख. (कुल प्रजननता दर – 2.1 से अधिक 3.0 से कम)					
मणिपुर	2.21	0.2	2.4**	25	20.1
दमन और दीव	0.1	0.01	2.5**	51	30.2
कर्नाटक	51.4	5.2	2.5	58	55.4
आंध्र प्रदेश	74.6	7.6	2.5	66	50.3
हिमाचल प्रदेश	6.5	0.7	2.5	64	48.2
सिक्किम	0.5	0.06	2.5	52	21.9
पश्चिम बंगाल	78.0	7.9	2.6	53	32.9
महाराष्ट्र	90.1	9.2	2.7	49	50.1
पंजाब	23.3	2.4	2.7	54	66.0
अरूणाचल प्रदेश	1.2	0.1	2.8**	47	14.0
लक्षद्वीप	0.07	0.01	2.8**	37	9.1

* जनसंख्या अनुमान संबंधी तकनीकी दल द्वारा लगाए गए अनुमान, 1996

** तीन वर्ष 1995–97 की गतिमान औसत कुल प्रजननता दर

स्रोतः भारत का महारजिस्ट्रार

2. (iv) तथापि, 12 राज्य और संघराज्य क्षेत्र ऐसे हैं जहां पर कुल प्रजननता दर 3.0 से अधिक है। इनकी सूची नीचे दी गई है:

सारणी 7 : भारत के 12 राज्यों और संघराज्य क्षेत्रों की जनसंख्या स्थिति कुल प्रजननता दर – 3.0 तक

राज्य	1 मार्च, 1999* को जनसंख्या (मिलियन में)	कुल जनसंख्या का प्रतिशत	कुल प्रजननता दर 1997	शिशु मृत्यु दर 1998	गर्भनिरोधक व्याप्तता दर 1999
वर्ग ग. (कुल प्रजननता दर 3.0 तक)					
उड़ीसा	35.5	3.6	3.0	98	39
गुजरात	47.6	4.8	3.0	64	54.5
असम	25.6	2.6	3.2	78	16.7
हरियाणा	19.5	2.0	3.4	69	49.7
दादरा व नगर हवेली	0.2	0.02	3.5**	61	29.1
त्रिपुरा	3.6	0.3	3.9**	49	25.2
मेघालय	2.4	0.2	4.8**	52	4.6
मध्य प्रदेश	78.3	8.0	4.0	98	46.5
राजस्थान	52.6	5.4	4.2	83	36.4
बिहार	98.1	10.0	4.4	67	19.7
उत्तर प्रदेश	166.4	17.0	4.8	85	38.2
जम्मू व कश्मीर	9.7	1.0	अनुपलब्ध	45	15.0

* जनसंख्या अनुमान संबंधी तकनीकी दल द्वारा लगाए गए अनुमान, 1996

** तीन वर्ष 1995–97 की गतिमान औसत कुल प्रजननता दर

स्रोतः भारत का महारजिस्ट्रार

2. (v) पांच राज्यों बिहार, मध्य प्रदेश, उड़ीसा, राजस्थान और उत्तर प्रदेश में इस समय भारत की लगभग 44 प्रतिशत जनसंख्या रहती है और इसके 2016 में कुल आबादी का 48 प्रतिशत हो जाने का अनुमान है। दूसरे शब्दों में, अकेले इन राज्यों से 1996–2016 की अवधि के दौरान 55 प्रतिशत की प्रत्याशित वृद्धि होगी। इन राज्यों के जनांकिकीय परिणाम ही उस समय और जनसंख्या का आकार निर्धारित करेंगे जिस पर भारत जनसंख्या को स्थिर कर लेगा।

3. मातृ मृत्यु

3. (i) भारत में विश्व की 16 प्रतिशत जनसंख्या है और विश्व की मातृ मौतों में 20 प्रतिशत से अधिक मातृ–मृत्यु भारत में होती हैं। मातृ–मृत्यु अनुपात, जिसे प्रति 100,000 जीवित जन्मों पर मातृ–मृत्यु की संख्या के रूप में निरूपित किया गया है, देश के प्रति 100,000 जीवित जन्मों पर अविश्वसनीय रूप से 408 (भारत सरकार 1997) तक उच्च स्तर पर है जो कि एशिया में कहीं भी मौजूदा सूचकों की तुलना में अस्वीकार्य है।

सारणी 8 : एशिया में मातृ-मृत्यु अनुपात[3]

श्रीलंका	चीन	थाईलैंड	पाकिस्तान	इंडोनेशिया	भारत	बंगला देश	नेपाल
30	115	200	340	390	437	850	1500

[3] यू एन एफ पी ए दि स्टेट आफ वर्ल्ड पापुलेशन, 1999. 6 बिलियनः ए टाइम फॉर च्वाइसिज, 1995 एस्टीमेटस्

3. (ii) भारत में अन्तर–राज्य भिन्नताएं चिन्ता का विषय हैं।

सारणी 9: भारत में मातृ मृत्यु अनुपातों में अन्तर–राज्य भिन्नताएं[4]

केरल	बिहार	मध्य प्रदेश	राजस्थान	उत्तर प्रदेश	उड़ीसा
87	451	498	607	707	739

4. शिशु मृत्यु

4. (i) अनुमान है कि लगभग 7 प्रतिशत नवजात शिशुओं की एक वर्ष के अन्दर मृत्यु हो जाती है। माता का स्वास्थ्य कमजोर होने से बच्चों का जन्म के समय कम वजन होता है और वे समय से पहले जन्म ले लेते हैं। शैशवावस्था और बाल्यावस्था में होने वाले अतिसार रोगों, तीव्र श्वसनी संक्रमणों और कुपोषण के कारण शिशु मृत्यु दर अधिक है। इसके साथ ही, भारत में सामान्यतः (ग्रामीण अथवा शहरी क्षेत्रों में) 0–14 आयु वर्ग में होने वाली बालिका मौतों की संख्या अन्यत्र किसी भी देश की तुलना में अधिक है[5]। यद्यपि शिशु मृत्यु दर, जो 1951 में प्रति 1000 जन्मों पर 146 थी, 1997 में घटकर प्रति 1000 जन्मों पर 72 रह गई है और लिंग भेद कारक कम होते जा रहे हैं। पुनः 1998 में दर्ज की गई अन्तर–राज्य भिन्नताएं अधिक हैं, जैसा कि दी गई सारणी 4–6 से स्पष्ट है। तुलना करने पर हम दक्षिण एशिया और अन्यत्र की शिशु मृत्यु–दर इस प्रकार नोट करते हैं।

सारणी 10 : एशिया में शिशु मृत्यु दर[6]

श्रीलंका	थाईलैंड	चीन	इंडोनेशिया	भारत	पाकिस्तान	बंगला देश	नेपाल
18	29	41	48	72	74	79	83

5. लिंग अनुपात

5. (i) जहां तक लिंग अनुपात का सम्बन्ध है, एक सदी से महिलाओं की संख्या में कमी रहने के साथ दक्षिण एशिया और चीन तथा भारत की जनसंख्या की विशिष्टता एक जैसी है। लिंग अनुपात (महिला का पुरूष से) निरन्तर कम हो रहा है। 1901 से 1991 तक लिंग अनुपात 972 से कम होकर 927 हो गया है। ऐसा मुख्य रूप से पुत्र की इच्छा, बालिका के प्रति भेद–भाव के कारण होता है और इससे महिला साक्षरता में कमी, कन्या भ्रूण–हत्या, 45 वर्ष तक की महिलाओं के सभी आयु वर्गों में प्रजननता और मृत्यु

[4] भारत का महारजिस्ट्रार

[5] यूनीसेफ, 'दि प्रोग्रेस आफ इंडियन स्टेटस 1995, इंडिया कंट्री आफिस, नई दिल्ली'।

[6] यू.एन.एफ.पी.ए. 'दि स्टेट आफ वर्ल्ड पापुलेशन, 1999, 6 बिलियनः ए टाइम फॉर च्वाइसिज'।

गर्भनिरोधन सेवाओं को पूरी न हुई जरूरतें और कमियां, स्वास्थ्य का आधारभूत ढांचा, विशेषज्ञ और प्रशिक्षित जन शक्ति और वित्त पोषण की आवश्यकताएं

गर्भनिरोधन सेवाओं की पूरी न हुई जरूरतों के 28 प्रतिशत होने का अनुमान है जिसके लिए लगभग 150 करोड़ रुपए (गर्भनिरोधकों, लेपरोस्कोपों, ट्यूबल रिंगों, वैक्सीनों और प्रजनन और बाल स्वास्थ्य औषधियों के लिए) की आवश्यकता होगी।

स्वास्थ्य का आधारभूत ढांचा अपर्याप्त है। अनुमानित कमियां इस प्रकार हैः

❖ 7,683 उप–केंद्र (1991 में), अब वर्ष 2002 की अनुमानित जनसंख्या के लिए अनुमानतः 23,190 उप–केंद्रों की आवश्यकता है। एक उप–केंद्र की 0.5 लाख रुपए की आवर्ती लागत के साथ पूंजीगत लागत 3 लाख रुपए है। वित्त मंत्री ने 1999–2000 के अपने बजट–भाषण में पंचायत, राज्य और केंद्र सरकारों के बीच वित्त पोषण हिस्से के दायित्व के साथ कार्यान्वित की जाने वाली ग्रामीण स्वास्थ्य के आधारभूत ढांचे को सुदृढ़ करने की एक योजना घोषित की थी। तदनुसार परिवार कल्याण विभाग, जहां आवश्यक हो, नए उप–केंद्र खोलने, मौजूदा उप–केंद्रों के लिए भवनों की व्यवस्था करने और उन्हें उपकरण प्रदान करने के लिए एक योजना तैयार कर रहा है।

❖ 1,513 प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों की कमी (1991), अब 2002 में अनुमानित जनसंख्या के लिए 4,212 प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों की आवष्यकता का अनुमान लगाया गया है। एक प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र की पूंजीगत लागत 24.50 लाख रुपए तथा 13 लाख रुपए की आवर्ती देयता है। यह व्यय बुनियादी न्यूनतम सेवा कार्यक्रम के अर्न्तगत राज्य सरकारों द्वारा वहन किया जाता है। तथापि, राज्य सरकारें अपनी वित्तीय स्थिति के कारण स्वास्थ्य के बुनियादी ढांचे में ये निवेश नहीं कर पाते।

❖ 2,899 सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों को कमी (1991), वर्ष 2000 की अनुमानित जनसंख्या के लिए 3,776 सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्रों की आवश्यकता का अनुमान है। सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र अधिकांशतः प्रथम रेफरल यूनिट के रूप में कार्य करते हैं और परिवार नियोजन सेवाओं के लिए आपरेशन थिएटरों के रूप में सेवाएं प्रदान करने के अतिरिक्त ये मातृ–मृत्यु दर और शिशु–मृत्यु दर में कमी लाने के लिए महत्वपूर्ण हैं। एक सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र की पूंजीगत लागत 80.5 लाख रुपए और आवर्ती देयता 27 लाख रुपए है। यह लागत इस समय बुनियादी न्यूनतम सेवाओं के अन्तर्गत राज्य सरकारों द्वारा वहन की जाती है।

❖ परिवार कल्याण विभाग 5,435 ग्रामीण परिवार कल्याण केंद्रों का वित्त पोषण करता है। इनमें से कुछ प्रथम रेफरल यूनिट के रूप में कार्य कर रहे हैं। अन्य, ब्लाक स्तरीय प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों के रूप में कार्य कर रहे हैं।

आधारभूत ढांचे के लिए अनुमानित अतिरिक्त व्यय इस प्रकार हैं:

(करोड़ रुपए)

	खाता	1991	2002
उप–केंद्र	पूंजीगत	230	695
	आवर्ती	38	116
प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्र	पूंजीगत	370	1032
	आवर्ती	196	547
सामुदायिक स्वास्थ्य केंद्र	पूंजीगत	2320	3021
	आवर्ती	783	1020
कुल	पूंजीगत	2920	4748
	आवर्ती	1017	1683

प्रशिक्षित जनशक्ति में अपर्याप्तताएं:

- 27,501 सहायक नर्स धात्रियों, 64,860 पुरूष बहुउद्देश्यीय कार्यकर्ताओं, 4,224 लेडी हैल्थ विजिटरों, 5126 स्वास्थ्य सहायकों (पुरूष) तथा प्राथमिक स्वास्थ्य केंद्रों में 2,475 चिकित्सा अधिकारियों, 1,429 सर्जनों, 1,446 स्त्री रोग विज्ञानियों, 1,525 फिजीशियनों, 1,774 बाल चिकित्सकों अर्थात् 6,635 सभी विशेषज्ञों की कमी होने का अनुमान लगाया गया है।

- जहां तक अन्य स्वास्थ्य जनशक्ति का सम्बन्ध है, ग्रामीण प्राथमिक स्वास्थ्य परिचर्या प्रदाय प्रणाली में 1,171 रेडियोग्राफरों, 6,045 फार्मासिस्टों, 12,793 प्रयोगशाला तकनीशियनों और 18,851 नर्स मिडवाइफों की कमी है।

  प्रशिक्षित जनशक्ति की पूरी न हुई इन जरूरतों के लिए लगभग 2,300 करोड़ रूपए की आवश्यकता होगी।

- सुरक्षित गर्भपात सेवाओं के लिए 1997 से कोई एम.टी.पी. किट उपलब्ध नहीं कराई गई है। तथापि, शिशु जीवन रक्षा एवं सुरक्षित मातृत्व कार्यक्रम के दौरान प्रथम रेफरल यूनिटों को 1,748 एम.टी.पी. किटें वितरित की गई थीं। प्रशिक्षित जनशक्ति की कमी के कारण इनमें से अधिकांश किटें बेकार पड़ी हुई हैं। इस वर्ष और 180 एम.टी.पी. सेट प्राप्त किए जा रहे हैं।

प्रशिक्षण

- चूंकि जनसंख्या नीति प्रषिक्षण संबंधी आवश्यकताओं की एक ही स्थान पर उपलब्धता तथा उप–जिला और ग्राम स्तरों पर विकेन्द्रीकरण पर बल देती है, इसलिए इस समय प्रशिक्षण के लिए अनुमानतः 10 करोड़ रुपए की अतिरिक्त आवश्यकता है।